Thesis AMSTERDAM 1924 5439

VULVOVAGINITIS GONORRHOICA INFANTUM

DOOR

J. P. KELLERMANN SLOTEMAKER

ALLERT DE LANGE - AMSTERDAM

TEESMUSEUM M

5439

VULVOVAGINITIS GONORRHOICA INFANTUM

M

LEESMUSEUM
AMSTERDAM

VULVOVAGINITIS GONORRHOICA INFANTUM

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM, OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS, DR. R. C. BOER, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE, IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN, IN DE AULA DER UNIVERSITEIT OP DONDERDAG, 14 FEBRUARI 1924, DES NAMIDDAGS TEN 4 URE

DOOR

J. P. KELLERMANN SLOTEMAKER
ARTS TE AMSTERDAM

ALLERT DE LANGE — AMSTERDAM

LEESMUSEUM

Aan mijne Vrouw.

* * *

Het verschijnen van mijn proefschrift is voor mij een welkome gelegenheid U allen, Hoogleeraren, Lectoren en Privaat-Docenten der Medische Faculteit, mijn oprechten dank te betuigen voor het onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

Met weemoed herdenk ik U Hooggeleerde Treub. Gij vergunde mij tot Uwe assistenten te mogen behooren. Helaas maakte de niets ontziende dood een te spoedig einde aan Uw roemrijk en arbeidzaam leven.

In het bijzonder U Hooggeleerde Van Rooy, Hooggeachte Promotor, dank ik voor het voorrecht, onder Uwe leiding, mijn assistenschap te hebben mogen voortzetten en voor den steun en raad mij bij dit proefschrift gegeven.

Het helder oordeel en den kritischen geest, waarmede Gij steeds het den vooruitgang zoo fnuikende nihilisme, betreffende nieuwe denkbeelden op gynaecologisch en obstetrisch gebied bestreed, evenals den vriendschappelijken omgang met Uwe assistenten, maken dat de jaren, die ik onder Uwe leiding mocht werken, bij mij steeds in dankbare herinnering zullen blijven.

U Zeer Geleerde Driessen ben ik ten zeerste dankbaar voor de leerzame uren die ik met u op het laboratorium der Universiteits Vrouwenkliniek mocht doorbrengen.

Aan U Zeer Geleerden Remmelts en aan U Zeer Geleerden Van Rompu evenals aan mijn mede-assistenten betuig ik mijn hartelijken dank voor den steun en vriendschap bij mijn werk ondervonden.

* * *

INHOUD.

EERSTE HOOFDSTUK.

Blz.
Geschiedkundig Overzicht 9

TWEEDE HOOFDSTUK.

Specieele pathologie der Vulvovaginitis Infantum..... 21

DERDE HOOFDSTUK.

De therapie 42

VIERDE HOOFDSTUK.

De gevolgen van vulvovaginitis gonorrhoica voor het meisje in haar later leven, als zij tot volwassene vrouw is geworden 54
Tabellen en Ziektegeschiedenissen 67
Litteratuur 88

HOOFDSTUK I.

GESCHIEDKUNDIG OVERZICHT.

„Wir brauchen Geschichte denn die Vergangenheit strömt in hundert Wellen in uns fort."

NIETZSCHE.

Het ziektebeeld der vulvovagnitis infantum is reeds lang bekend. Sedert eeuwen zijn de klinische verschijnselen van de vulvovaginitis infantum waargenomen en beschreven.

Een juist denkbeeld omtrent de aetiologie had men echter niet, dit ontwikkelde zich eerst geleidelijk in de 19e eeuw. Merkwaardig genoeg is de geschiedenis der kennis van de blenorrhoea neonatorum geheel analoog.

In de 19e eeuw eerst kwam het juiste inzicht omtrent de aetiologie en het wezen der conjunctivitis gonorrhoica, de van ouds bekende en gevreesde oogziekte der pasgeborenen. [1])

De oude Egyptenaren hadden de klinische symptomen dezer conjunctivitis reeds waargenomen, in Voor-Indië werd zij beschreven in de Ayur Veda en als oorzaak gold slechte hoedanigheid van het zog.

Hippocrates, Severus, Soranus, Paulus van Aegina, beschreven deze ettervloed en toch moesten er nog eeuwen verloopen, alvorens William Lawrence en William Mackenzie in 1830 de eersten waren die er de aandacht der medici op vestigden, dat het secreet van een gonorrhische urethritis ernstige oogontstekingen kon veroorzaken.

Dertig jaren na de ontdekking van een conjunctivitis van gonorrhoischen aard kwam er ook meer klaarheid in het vraagstuk der vulvovaginitis infantum. Dank zij de observaties van Forster wist men toen dat kinderen een vulvovaginitis konden krijgen door te slapen in het bed van gonorrhoische ouders.

En dit, terwijl de gonorrhoe der volwassenen reeds sedert eeuwen en eeuwen bekend was.

In de Mozaische Wet werd over deze uitvloeiing uit de genitaliën gesproken. Vele meenen (o.a. Eden en Lockyer) dat

---

[1]) Zie A. C. Rinkes-Huygen de Raat, Dissert. Amsterdam 1919.

de besnijdenis was een prophylactische maatregel tegen de ontstekingen die tengevolge van gonorrhoe aan het praeputum konden optreden.

De oude Egyptenaren en Grieken (Herodotus) kenden de gonorrhoe.

Celsus en Galen beschreven haar.

De naam gonorrhoe werd door Galen aan het lijden gegeven, aangezien hij de ettervloed hield voor een pathologische uitvloeiing van zaad zonder erectie.

Een der eerste werken waarin melding werd gemaakt van pathologische uitvloed bij kleine meisjes was „de nieuwe vermeerderden Roosegaert" 1604.

Ook Hendrik van Deventer[1]) de groote verloskundige der 18e eeuw kende een pathologischen witten vloed bij kinderen.

Doctor Johann Storch alias Pelargus beschreef in 1732 een geval van profuus ecoulement uit de genitaliën bij een klein meisje en merkwaardigerwijze, zoo merkte Pelargus op, leed de moeder tegelijkertijd aan dezelfde kwaal.

Ranel deed in 1756 mededeeling van een geval waarbij twee zusjes van vijf en zes jaren oud leden aan „fleurs blanches héréditaires" terwijl de moeder bovendien reeds sedert jaren een dergelijke uitvloed had.

Aan het einde der 18e eeuw beschreven Bertru en Doublet de „blennorrhagie des nouveaux-nés", als een „écoulement verdâtre plus ou moins foncé avec irritation plus ou moins vive".

Schönfeld beschreef in de eerste helft van de 19e eeuw talrijke gevallen van ontsteking der genitaliën bij kleine meisjes gepaard gaande met hevige uitvloed uit de genitaliën. Deze kinderen hadden de ziekte gekregen door in het bed hunner „s y p h i l i t i s c h e" ouders te slapen.

Indien Schönfeld zich niet zulk een trouw aanhanger van Hunter's leer had betoond, was hij waarschijnlijk de eerste geweest die den waren aard der vulvovaginitis infantum had ontdekt.

Aan het einde der 15e eeuw waarde over Europa een geweldige epidemie van syphilis, die ontstond in het leger van Karel de Achtste, tijdens het beleg van Napels in 1492 (Morbus Napolitensus).

---

[1]) Henrici a Deventer, de groote schrijver van
Neues Hebammen Licht, „Beschrijving van de Ziekten der Beenderen, inzonderheyd van de Rhachtis," enz. enz.

Andere venerische ziekten werden meer en meer met de syphilis verward, in het bijzonder de gonorrhoe en ten slotte beide voor één en dezelfde ziekte gehouden.

Paracelsus b.v. beschouwde gonorrhoe louter als een syphilitisch symptoom. Enkele geneesheeren van naam (b.v. Balfour) deelden deze meening niet. John Hunter daarentegen was er een enthousiast verdediger van. Om het afdoende bewijs te leveren voor Paracelsus hypothese ontzag Hunter zich niet om pus van een lijder aan urethritis te inoculeeren bij zich zelf in de urethra.

In aansluiting aan deze proefneming kreeg John Hunter syphilis.

Hunter meende dat hij zich besmet had met pus van een lijder aan urethritis gonorrhoica, waarschijnlijk heeft zijn patiënt echter een primair affect in de urethra gehad. In ieder geval hoe ook de ware toedracht van de zaak geweest moge zijn, de geneeskundige wereld achtte Paracelcus' hypothese door Hunter absoluut bewezen.

Jaren moesten er verloopen alvorens de wetenschap haar dwaling herkende en in het goede spoor terugkeerde.

De man die dit tot stand bracht was Ricord, de scherpzinnige clinicus van het hopital du Midi (1830).

Hij onderscheidde weer volkomen juist syphilis en gonorrhoe als geheel afzonderlijke ziekten.

Hij en zijn volgelingen (Basserau, Rollet e.a.) vestigden nu de Fransche dualiteitsleer die weldra door een Duitsche gevolgd werd (Bärensprung, Zeiszl e.a.)

Ricord kende ook een ontsteking gepaard gaande met witte vloed bij kinderen, beschouwde hij dit lijden echter niet van specifieken aard.

Zoo ook Behrend, die voor het lijden den naam vond van vulvovaginitis infantum. Hij beschreef in 1848 meerdere vormen van vulvovaginitis zonder echter een specifieke oorzaak te vermelden.

Schönfeld's meening dat de vulvovaginitis een contagieus lijden was, vond nergens ingang, integendeel lokte overal groote tegenspraak uit. Tal van onderzoekers en nog meer theoretici ontkenden zelfs de mogelijkheid van besmetting. Noch syphilis, noch een ander specifiek lijden zou de oorzaak der vulvovaginitis bij kleine meisjes zijn. Deze was te zoeken in de aan of andere dyscrasie, in onreinheid en was een enkele maal het gevolg van een corpus alienum.

Toch kwam geleidelijk aan in de tweede helft der 19e eeuw meer klaarheid. Dank zij de Fransche dualiteitsleer onder-

scheidde men syphilis van gonorrhoe. Schönfeld had het lijden reeds voor contagieus gehouden, voor hem hadden andere reeds het gelijktijdig voorkomen waargenomen van een pathologischen witten vloed bij moeder en kinderen. Scherpe waarnemers als Forster, Morris, Atkinson en vooral Pott brachten weldra aan het licht — alle theoretici ten spijt — dat er wel degelijk een contagieuse vulvovaginitis bestond. Zij constateerden dat kinderen vulvovaginitis konden krijgen door te slapen in het bed van gonorrhoische ouders, dat kleine meisjes direct geïnfecteerd konden worden, dat in hospitalen, kostscholen, ja in geheele steden de vulvovaginitis infantum, hetzij epidemisch, hetzij endemisch kon optreden.

Morris beschreef in 1878 de vulvovaginitis infantum als een veelvuldig voorkomend lijden dat moeilijk te genezen was.
De genitaliën der kleine meisjes praedisponeerden door hun anatomischen bouw voor infectie. De aldus door infectie verkregen vulvovaginitis was vrijwel niet te onderscheiden van een eveneens voorkomende niet infectieuse doch niettemin ernstigen catarrhalen vorm. Morris observeerde geheele familie-epidemiën en ook constateerde hij dat de vulvovaginitis infantum kon worden overgedragen door doeken en kleederen met vaginale uitvloed verontreinigd. Ook meende hij dat men zich kon infecteeren door gebruik te maken van besmette W.C.'s.

Atkinson beschreef in hetzelfde jaar een endemie van vulvovaginitis infantum waarbij de contagiositeit met zekerheid was vastgesteld.
(De kinderen hadden bij elkaar de genitaliën met de vingers aangeraakt.)

In 1881 deelde Charles Faille mede dat naast de vulvitis infantum ook steeds een urethritis bestond. Hij zocht echter de oorzaak weer in een algemeene slechte constitutie, niet in een locaal specifiek lijden.

Arlt constateerde, en dit was zeer belangrijk, dat meisjes lijdende aan blennorrhoea neonatorum ook vulvovaginitis met etteruitvloed konden krijgen.
Men wist nu dat er een vulvovaginitis infantum bestond die contagieus was. Dat de kinderen meestal door hun gonorrhoische ouders geïnfecteerd worden en dat zij ook elkaar konden infecteeren. Men wist ook dat een gonorrhoische moeder haar kind een blennorrhoea neonatorum kon bezorgen.

Dank zij Arlt wist men dat de conjunctivitis gonorrhoica van den neonatus gevolgd kon worden door een vulvovaginitis.
En de keten werd geheel gesloten door de waarneming, dat een druppeltje pus van een kind met vulvovaginitis ongelukkigerwijs in het oog gespoten bij een verpleegster een hevige blennorrhoe veroorzaakte.

In 1879 ontdekte Neisser den gonococcus als de veroorzaker der gonorrhoe bij volwassenen. Klinisch was het voor enkele heldere geesten reeds duidelijk dat de gonorrhoe der volwassenen de blennorrhoea neonatorum en een bepaalde vulvovaginitis infantum (Morris) nauw aan elkaar verwant waren.
De meerderheid der geneeskundigen wilde echter van een specifieke infectieuse vulvovaginitis nog niets weten. Volgens hen werd de vulvovaginitis veroorzaakt door algemeene „zwakte", rachitis en andere kinderziekten, door onreinheid oxyaris, scabies etc.
Des te grooter is dus de verdienste van den man die zich niet liet beïnvloeden door een heerschende meening, doch rustig zijn weg ging, objectief en helder onderzocht en aldus de ware aetiologie ontdekte. Deze man was Pott.
In 1883 op het Zweiter Kongress für Gynaekologen gehouden te Halle, hield hij zijn buitengemeen belangwekkende voordracht over vulvovaginitis infantum. Bij 26 kleine meisjes had Pott kunnen constateeren dat zij leden aan een vulvovaginitis gonorrhoica en wel zonder eenigen twijfel, aangezien hij bij deze kinderen den gonococcus had kunnen aantoonen.

Een jaar later publiceerde E. Fraenkel zijn onderzoekingen verricht in het Hamburger Allgemeinen Krankenhaus tusschen de jaren 1881 tot 1884. Daar had hij talrijke gevallen van kolpitis bij meisjes kunnen bestudeeren. Merkwaardig genoeg leden deze kinderen bijna alle aan roodvonk.
De meeste lijderessen aan vulvovaginitis waren vijf tot negen jaar oud.
Fraenkel gelooft niet dat er een oorzakelijk verband bestond tusschen roodvonk en vulvovaginitis.
Het gelukte Fraenkel door kleuring met verwarmde methyleenblauwoplossing „die Anwesenheit, eines Microorganismus nachzuweisen, der sich in nichts von den bei der echten Gonorrhoe vorhandenen, durch Neisser bekannt gewordene Gonococcus unterscheidet."

Fraenkel opperde echter de vraag of het wel mogelijk was

dat een echte genorrhoische ontsteking zoo mild kon verloopen gelijk soms de vulvovaginitis bij het kind verliep.

Grooter werd nog zijn twijfel na het verrichten der volgende afschuwelijke experimenten, die volgens onze hedendaagsche medische fatsoens-leer niet oirbaar zijn. Bij drie van zijn patiëntjes, die volgens Fraenkel toch spoedig zouden zouden sterven, bracht hij etterig vaginaalsecreet (waarin hij bovengenoemde coccen had gevonden) op de conjunctivae.

Het eerste patiëntje stierf na 12 uren, het tweede na 2 dagen, het derde na 10 dagen.

Bij de eerste twee kinderen was aan de oogen niets bijzonders te bespeuren. Bij het derde kind trad na een incubatietijd van 4 dagen een etterige conjunctivitis op. Door indruppelen van een zwakke sublimaatoplossing verminderde weldra de ontsteking en was op den sterfdag reeds geheel genezen.

Hoewel het andere oog van het meisje geheel onbeschermd was gelaten werd dit niet aangetast.

Cultuurproeven mislukten.

Fraenkel geloofde nu dat de diplococcus die hij gevonden had in het vaginaalsecreet, niet identiek was met de echte gonococcus Neisseri. Deze toch was zeer virulent bij enting op slijmvliezen, in het bijzonder bij enting op de conjunctivae.

Onder zijn patiëntjes had Fraenkel er echter ook vier die tegelijkertijd met een vulvovaginitis ook leden aan een hevige conjunctivitis, deze beschouwde hij echter als een toevallige complicatie.

Fraenkel kwam nu tot de volgende slotsom. Het is mogelijk dat men bij de vulvovaginitis infantum te doen kan hebben met een coccensoort die aan de gonococcen nauw verwant is, echter door jarenlange teelt uitsluitend in de genitaliën van kinderen veel minder virulent is geworden „an der den echten Gonococcen eigenen Infectiosität Einbüsse erlitten haben".

In de volgende jaren vonden tal van onderzoekers den gonococcus in het secreet bij vulvovaginitis (Wildmark, Israel, Steinschneider, Aubert, Spaeth en Lennander).

Laatste twee toonden den gonococcus ook aan in de urethra bij kinderen lijdende aan vulvovaginitis.

Aubert bevestigde nog eens weer dat voor het verkrijgen van een vulvovaginitis infantum gonorrhoica „une origine vénérienne" niet noodig was. Integendeel, meestal geschiedde de besmetting met toiletartikelen, beddegoed of baden in een met gonoccen geïnfecteerd bad.

In 1885 verscheen een goed artikel van Cséri, waarin hij Fraenkel bestreed en pleitte voor een specifieke vulvovaginitis gonorrhoica op de volgende gronden.

1e. Cséri kende vier gevallen waarbij kinderen met vulvovaginitis gonorrhoica door autoinfectie hevige conjunctivitis kregen gevolgd door cucoomvorming.

2e. Pott vond onmiskenbaar in 26 gevallen den gonococcus Neisseri in de pusafscheiding bij vulvovaginitis infantum.

3e. Cséri kende een geval waarbij een zuster die een kindje hielp lijdende aan vulvovaginitis gonorrhoica, daarbij zelf een druppel van het vaginaal secreet in het oog kreeg en tengevolge van de daarna optredende uiterst hevige blennorrhoe haar oog verloor.

In 1888 deelde von Dusch uit Heidelberg mede dat hij in 21 gevallen van vulvovaginitis infantum den gonococcus had kunnen aantoonen en „fast immer in grössere Menge".

Hij wees op het groote infectiegevaar op zaal. Zoodra een vulvovaginitis gonorrhoica is gediagnotiseerd moest het patiëntje onmiddellijk worden geïsoleerd.

Hofmokl nam een geval waar waarbij een meisje met vulvovaginitis gonorrhoica zich door autoinfectie een hevige conjunctivitis bezorgde.

Skutsch beschreef in zijn dissertatie de enorme epidemie van vulvovaginitis infantum die in 1891 de stad Posen teisterde.

In een maand werden 236 meisjes er den toegang tot de school ontzegd omdat zij leden aan vulvovaginitis.

Deze kinderen hadden bijna zonder uitzondering gebruik gemaakt van de kostelooze schoolbaden, die hun vanwege de gemeente verstrekt werden in een bepaalde badinrichting.

Slechts enkele van de door de ziekte aangetaste meisjes hadden van de baden geen gebruik gemaakt. Ook waren er meisjes die wel in bovengenoemde badinrichting gebaad hadden en niet ziek waren geworden. De baden werden den kinderen gegeven in kuipen, het water werd na ieder bad wel ververscht de kuipen echter niet grondig gereinigd.

Na het nemen van een enkel bad kon het kind reeds geinfecteerd zijn. De incubatietijd bedroeg acht tot veertien dagen.

Skutsch maakte uitstrijkpraeparaten van het vaginaalsecreet en zond deze ter onderzoek aan Steinschneider. [1]).

Deze kon met de kleurmethode volgens Gram geregeld de gonococeen aantoonen. Naar aanleiding van dit onderzoek schreef Neisser dat „ihm sicher festgestellt scheint dasz die

[1]) Dr. Steinschneider was de chef van het laboratorium van Prof. Neisser.

Vulvovaginitis der kleinen Mädchen gonorrhoischer Natur ist." De kinderen werden door Skutsch dagelijks behandeld met irrigaties van verdunde oplossingen van sublimaat (1/5000-1/2000), chloorzink (1/2 pCt.—1 pCt.) aluinoplossing (1 pCt.), zilvernit- (1/3000) en zinksulfaat 1/4000).

Onafgebroken werden deze irrigaties dagelijks gegeven gedurende tien weken achtereen. Daarna liet Skutsch de kinderen drie dagen onbehandeld en maakte dan weer een uitstrijkpraeparaat van het vaginaalsecreet.

In 43 pCt. der gevallen werden opnieuw gonococcen gevonden; het lijden was dus wel hardnekkig!

Men wist nu dat er een vulvovaginitis gonorrhoica bestond en dat dit lijden zeer moeilijk te genezen was.

Nu het duidelijk bleek dat het lijden zeer hardnekkig was, ging men zich afvragen of het wel juist was dat het lijden zich beperkte alleen tot een ontsteking van de vulva vagina en urethra. Bestond er wellicht nog een cervicitis? Was de cervix ten slotte niet de voornaamste zetel van het lijden en dit dus geheel analoog aan de gonorrhoe der volwassen vrouw?

Neisser had de meening verkondigd dat de gonorrhoe der kleine meisjes zetelde in de vulva en vagina integenstelling met de gonorrhoe der volwassen vrouwen die zetelde in cervix en urethra, soms ook in cavum uteri en in de liergangen in de vulva uitmontende.

Neisser meende „die ansicht vertreten zu können dasz es eine gonorrhoise vaginitis bei der erwachsene Frau nicht gibt."

Geleidelijk aan kwamen er meerdere publicaties waaruit bleek, dat de vulvovaginitis gonorrhoica niet altijd tot vulva en vagina beperkt bleef. Sänger zag tweemaal dat meisjes in aansluiting aan een hevige acuta vulvovaginitis gonorrhoica een pelveoperitonitis kregen.

Meerdere malen vond Sänger bij meisjes van 15 à 20 jaar sporen van vroegere pelveoperitonitis, die voroorzaakt moesten zijn door een oude vulvovaginitis infantum.

Saxinger constateerde een pyosalpinx bij een jeugdige virgo en weet deze aan een doorgemaakte vulvovaginitis infantum.

Integenstelling met Neisser meende Dind (1894) dat iedere gonorrhoische ontsteking der genitaliën bij vrouwen zoowel als kleine meisjes steeds de urethra en de cervix moest aantasten. De assistente van Dind, Lebedeff onderzocht nu 56 gevallen van vulvovaginitis gonorrhoica. In 29 gevallen vond zij daarbij ook de cervix aangetast.

De diagnose stelde zij op de erosie aan de portio en de etter die uit de portio kwam werd op gonoccen onderzocht.

Buschke kwam in 1902 tot een geheel ander resultaat op 50 gevallen van vulvovaginitis genorrhoica kon hij geen enkele cervicitis aantoonen. Judassohn berichtte in 1904 dat op een reeks van 40 meisjes met vulvovaginitis gonorrhoica er geen enkele was die peritonitis kreeg. Persoonlijk behandelde hij 9 meisjes met vulvovaginitis gonorrhoica gedurende 4 maanden en zag geen enkele complicatie.

Jung publiceerde in 1904 een uitvoerig onderzoek omtrent het al of niet mede betrokken zijn van de cervix in ret ontstekingsproces bij vulvocaginitis infantum genorrhoica. Hij achtte de wijze waarop Lebedeff had onderzocht onvoldoende. Het secreet dat uit ostium externum kwam, was geen zuiver cervix secreet. Eerst na grondige reiniging van de portio is het mogelijk onvermengd cervix secreet op te vangen.

Jung kwam tot de conclusie dat inderdaad de kinderen konden lijden aan een cervitis gonorrhoica in aansluiting aan een vulvovaginitis, echter slechts in 10 pCt. dier gevallen.

In 1898 publiceerde Nolen een algemeen geroemd artikel waarin hij nog eens wees op de groote hardnekkigheid, de ernst van het lijden. Nolen bestreed de medici die meenden dat het lijden ongevaarlijk was en van weinig beteekenis.

„Gij, die verklaart dat na drie maanden de kinderen gewoonlijk genezen zijn, hebt gij deze genezing wel nauwkeurig vastgesteld en door herhaaldelijk microscopisch onderzoek bevestigd?"

Nolen had de ervaring dat de afscheiding minimaal kon zijn, dat er nauwelijks een uitstrijkpraeparaatje te maken was, en er toch bij nauwkeurig onderzoek gonoccen te vinden waren. Gelukte dit niet de eerste maal dan gelukte het wel een volgende keer, nadat het vaginaalslijmvlies door injectie met gedestilleerd water was geprikkeld.

Nolen was er van overtuigd dat vele die van „genezing" spraken, bij nauwkeuriger onderzoek slechts zouden moeten spreken van schijngenezing.

Nolen was het geheel eens met Epstein's verklaring „dasz manche, in frühem Kinderalter durch indirecte Uebertragung enstandene Vulvovaginitis gonorrhoica als chronische Katarrh bis in die späteren jungfräulichen Jahre dahinschleicht!"

Behalve op de hardnekkigheid van het lijden wees Nolen op de ernstige complicaties die zich konden voordoen.

„Zeker is het", aldus Nolen, „dat vroegere waarnemingen van z.g. rheumatische gewrichtsaandoeningen bij kinderen, ten opzichte van de aetiologie, herziening behoeven, nu onze kennis der op kinderlijken leeftijd zoo frequent voorkomende gonorrho-

ische infectie ook een nieuw licht over de aetiologie dier z.g. kinderlijke rheumatische aandoeningen heeft doen opgaan."

Nolen memoreerde verschillende gevallen van peritonitis optredende in aansluiting van een vulvovaginitis gonorrhoica en nam zelf een dergelijk geval waar.

Hij zag ook nogal eens pustuleuze erupties aan de nates bij kinderen met vulvovaginitis gonorrhoica. In deze etter kon hij zelfs meer dan eens gonoccen aantoonen. Aan het slot van zijn studie merkte Nolen nog op dat het meer en meer gewoonte was geworden om bij het waarnemen van gonorrhoische aandoeningen der genitaliën eener gehuwde vrouw, zonder omwegen den schuld op de schouders van den man te werpen, in de meeste gevallen zou daarbij den echtgenoot wel geen onrecht gedaan worden. *In een aantal gevallen achtte Nolen het echter mogelijk dat, een uit de meisjesjaren dateerende gonorrhoe in het huwelijk, door sexueele prikkeling zou kunnen opflikkeren en opnieuw manifest worden.*

Sedert de ontdekking van Pott had men zich in hoofdzaak bezig gehouden met de studie der vulvovaginitis gonorrhoica. In het begin der 20ste eeuw vestigde men opnieuw zijn aandacht ook op de vulvovaginitis non gonorrhoica. Deze was wel bekend echter meer en meer op den achtergrond geraakt. In 1904 nu benoemde de Amsterdamsche Geneeskundige Vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen een commissie tot het uitbrengen van een rapport over de vraag of kinderen moesten worden verpleegd.

Deze commissie kwam tot de slotsom dat er behalve de infectieuse vulvovaginitis gonorrhoica er ook een niet gonorrhoische vulvovaginitis bestond die infectieus was.

Mendes de Leon die de studies van bovengenoemde commissie in hoofdzaak verrichtte en voorzette kon met cultuurproeven aantoonen dat staphylococcen een vulvovaginitis infantum konden veroorzaken. Met dierproeven slaagde hij er in te bewijzen dat deze vulvovaginitis infectieus was. Ergo er bestond een vulvovaginitis non gonorrhoica die infectieus was en door staphylococcen werd veroorzaakt.

Ook Boshouwers zag een vulvovaginitis door staphlyococcen veroorzaakt.

Slingenberg vermeldde gevallen van vulvovaginitis infantum door streptococcen veroorzaakt.

In het buitenland wezen Comby, Bergrün e.a. op het bestaan van een vulvovaginitis non gonorrhoica, door staphylo- en streptococcen veroorzaakt. Ook erkende men de bestaansmogelijkheid van een vulvovaginitis ten gevolge van scrophu-

lose, kinderziekten, tbc., onreinheid, oxyuris, corpora aliene etc.

Zoo werd ten slotte in het begin dezer eeuw de uitgebreide aetiologie der vulvovaginitis infantum geheel duidelijk. Ons inzicht in het lijden was in belangrijke mate verruimd, droevig gesteld was het echter nog met de therapie. Het sprak dan ook wel van zelf dat van toen af aan in het bijzonder de aandacht der onderzoekers gewijd werd aan het verbeteren der therapie.

Elders waren het Gaujoux, Nicolle, Blaizot, Norris Perrin, Schulz, Engiver, Gellig, Winter, Trossarello, Buttler bij ons te lande v. Rooy, Slingenberg v. d. Velde, Mendes de Leon e.a. die verbetering in de behandeling der vulvovaginitis zochten te brengen.

De oude chemotherapie werd verrijkt met de aan eiwit gebonden zilverpraeparaten (als b.v. choleval, protargol en d.)

De vaccinotherapie, die na Wright's onderzoekingen en bepalen van den opsonischen index, algemeen ingang vond, werd bij gonorrhoisch lijden gaarne toegepast.

Het feit dat gonoccen boven 40° C. spoedig stierven deed de „Fiebertherapie" ontstaan.

Deze behandeling, uitgedacht door onze Oostelijke naburen, werd echter spoedig weer verworpen als een te wreede handelwijze. Deze therapie bestond n.l. in het baden van een lijderesje aan vulvovaginitis gonorrhoica tot aan de hals in een zeer warm bad (tot 45° C.!)

Het arme kind moest dan als het mogelijk was (d.w.z. als het niet eerder collabeerde) een uur in dit gloeiend heette bad blijven. De lichaamstemperauur steeg hierbij tot over de 40° C. en aldus hoopte men de gonococcen te dooden.

Naast de behandeling met irrigaties, kwamen er ook voorstanders van de drooge behandeling, het inblazen van bolus alba vermengd met zwakke antiseptica.

Intramusculaire melkinjecties werden gebezigd nu en dan met succes (Trossarello, Gellig, Winter).

In het algemeen kan men zeggen dat helaas geen enkel middel voldaan heeft aan de hooggespannen verwachtingen. Vandaar dat nog steeds nieuwe middelen in den handel worden gebracht, met groote reclame worden gelanceerd als „het" middel doch weldra als de zooveelste mislukking weer in het vergeetboek geraken.

Zeker is het dat „het" middel nog niet gevonden is.

In de Vrouwenkliniek der Amsterdamsche Universiteit wordt nog gaarne de oude (doch nog niet verouderde) chemotherapie toegepast, zij het dan ook met enkele modificaties.

Naast verbetering der therapie werd gestreefd naar een uitgebreide prophylaxe. In alle beschaafde landen werden door de

overheid maatregelen genomen ter bestrijding van de vulvovaginitis infantum.

Nederland bleef zeker niet ten achter. De Amsterdamsche Geneeskundige Dienst mag in het bijzonder geroemd worden voor de krachtige maatregelen die door haar ter bestrijding van het euvel werden genomen.

De schoolartsen, bijgestaan door schoolverpleegsters oefenen een strenge controle uit. Ieder verdacht kindje wordt nauwkeurig onderzocht en indien de diagnose gesteld wordt op vulvovaginitis gonorrhoica, ook het geheele gezin waartoe het kind behoort.

Vervolgens worden de aangetaste kinderen zooveel mogelijk geheel geïsoleerd van hun omgeving en vervoerd naar de quarantaine-inrichting op zeeburg.

Het isoleeren der aangetaste kinderen totdat zij volkomen herstel zijn is wel de meest ideale prophylaxe die men kan bedenken.

Als een bijzonderheid wil ik nog even vermelden een geval van „masa" infectie van recenten datum, waarbij in een der tehuizen voor dakloozen te Amsterdam een kindje met vulvovaginitis in korten tijd 16 andere meisjes infecteerde. Alle 17 kinderen werden op Zeeburg opgenomen en vanaf dit oogenblik kwamen geen andere gevallen in het tehuis meer voor.

Vorderde ook onze kennis in de laatste jaren niet onbelangrijk, werd ons therapeutisch arsenaal niet alleen quantitatief doch ook wel qualitatief verbeterd, het beste middel in den strijd tegen de vulvovaginitis is nog even als in den tijd van Pott, een uitgebreide prophylaxe.

Alle onderzoekers zijn het er nu wel over eens dat Nolen gelijk had toen hij sprak van vulvovaginitis gonorrhoica infantum als een uiterst hardnekkig moeilijk te genezen lijden.

Maar als men daarvan goed doordrongen is zal men zich onwillekeurig moeten afvragen wat is het lot dan wel van die kinderen op ouderen leeftijd? Hoe zal later de functie zijn van de geslachtsorganen van het meisje, dat leed aan zulk een hardnekkige ontsteking der genitaliën, als dit meisje eenmaal geworden is tot volwassen vrouw?

In 1920 was een ernstig onderzoek hieromtrent nergens verricht. Professor van Rooy voelde dit reeds lang als een leemte. Als mijn Leermeester en Promotor droeg hij mij op te trachten deze leemte aan te vullen en bood mij daarbij de behulpzame hand.

HOOFDSTUK II.

SPECIEELE PATHOLOGIE DER VULVOVAGINITIS INFANTUM.

De frequentie van het lijden.

De vulvovaginitis infantum is een algemeen veelvuldig voorkomend lijden. Enkele cijfers kunnen dit duidelijk aantoonen. Pott vond op zijn polikliniek in één jaar tijds op 5401 meisjes 86 lijdende aan vulvovaginitis. Cohen Brack op 4501, 15 met dezelfde kwaal. Seifert op 3414, 22 en Epstein zag op een serie van 625 pasgeboren meisjes er 3 met vulvovaginitis gonorrhoica. Henoch meende dat op 1500 meisjes er gemiddeld een lijdende is aan vulvovaginitis gonorrhoica.

Op de Amsterdamsche lagere scholen zijn naar schatting van den Directeur der A. G. G. D. Dr. Heijermans, ongeveer 1000 meisjes lijdende aan vulvovaginitis gonorrhoica, in de barakken op Zeeburg worden pl.m. 100 kinderen met vulvovaginitis geonorrhoica geregeld verpleegd.

De verschillende cijfers aangaande het voorkomen van vulvovaginitis infantum loopen nogal uiteen. De oorzaak is gelegen in het feit dat vele onderzoekers niet duidelijk aangeven of zij met vulvovaginitis infantum aanduiden vulvovaginitis gonorrhoica of wel onder dien naam samenvatten alle vormen van vulvovaginitis.

Een betrouwbaar cijfer te verkrijgen dat de juiste verhouding aangeeft van het voorkomen van vulvovaginitis gonorrhoica en non gonorrhoica is nog moeilijker. De huisarts zal veelal slechts die kinderen doorsturen naar de poliklinieken, waarbij hij vermoedt dat de vulvovaginitis van gonorrhoischen aard is. Bovendien is ook daar de diagnose niet altijd met zekerheid te stellen en wordt dikwijls terwille van andere kinderen waarmede het patiëntje in aanraking kan komen, de aandoening voor gonorrhoisch gehouden en behandeld.

Zoo werden en worden bij het contrôle onderzoek voor het uitzenden van kinderen naar vacantiekolonies, terwille van het algemeen belang, tal van twijfelachtige gevallen voor gonorrhoisch verklaard en aldus ten onrechte gevallen van vulvo-

vaginitis simplex als gevallen van vulvovaginitis gonorrhoica beschouwd. Wederom een reden waarom het cijfer dat de verhouding tusschen vulvovaginitis gonorrhoica en non gonorrhoica moet aangeven, onjuist zal zijn.

In 10 maanden tijds werd de polikliniek der Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek door 130 nieuw ingeschreven patiëntjes bezocht wegens vaginale hypersecretie. Bij 6 van deze kinderen was geen pathologische afwijking te constateeren. In 3 gevallen was niet met zekerheid uit te maken of zij leden aan vulvovaginitis gonorrhoica.

In 50 gevallen bestond er een vulvovaginitis non gonorrhoica.

In 71 gevallen een vulvovaginitis gonorrhoica.

Op welke leeftijd komt de vulvovaginitis het meest voor?

De leeftijden der kinderen in dien tijd op de polikliniek der Universiteits Vrouwenkliniek behandeld waren als volgt:

a. Lijdende aan vulvovaginitis gonorrhoica.

1 kind van 3 maanden oud.
1 kind van 1 jaar „
3 kinderen van 2 „ „
5 „ „ 3 „ „
5 „ „ 4 „ „
8 „ „ 5 „ „
7 „ „ 6 „ „
6 „ „ 7 „ „
6 „ „ 8 „ „
7 „ „ 9 „ „
8 „ „ 10 „ „
4 „ „ 11 „ „
1 „ „ 12 „ „
2 „ „ 13 „ „
1 „ „ 14 „ „
1 „ „ 15 „ „
5 „ „ onbekende leeftijd.

b. Lijdende aan vulvovaginitis non genorrhoica.

0 kinderen van 1 jaar oud.
2 „ „ 2 „ „
3 „ „ 3 „ „
8 „ „ 4 „ „
2 „ „ 5 „ „
1 „ „ 6 „ „
6 „ „ 7 „ „

6 kinderen van 8 jaar oud.
6 „ „ 9 „ „
3 „ „ 10 „ „
4 „ „ 11 „ „
0 „ „ 12 „ „
4 „ „ 13 „ „
5 „ „ onbekende leeftijd.

Uit deze cijfers blijkt dat de vulvovaginitis gonorrhoica zoowel als non gonorrhoica het meest voorkomt tusschen het derde en het tiende levensjaar.

Op de 71 gevallen van vulvovaginitis gonorrhoica
52 meisjes van 3 tot 10 jaar.
5 „ voor het derde levensjaar.
9 „ na het tiende levensjaar.
5 „ met onbekenden leeftijd.

Op de 50 gevallen van vulvovaginitis non gonorrhoica waren
35 meisjes van 3 tot 10 jaar.
2 „ voor het derde levensjaar.
8 „ na het tiende levensjaar.
5 „ met onbekenden leeftijd.

Dind vond op een serie van 56 kinderen met vulvovaginitis gonorrhoica 43 meisjes van 2 tot 10 jaar, 4 meisjes jonger dan 2 jaar, 6 meisjes ouder dan 10 jaar.

Fischer vond op een serie van 46 gevallen 3 kinderen jonger dan 3 jaar, 42 kinderen van 3 tot 10 jaar, 1 kind ouder dan 10 jaar.

Summa summarum komt de vulvovaginitis het meest voor tusschen het derde en het tiende levensjaar. Bijna even frequent als de vulvovaginitis gonorrhoica is de vulvovaginitis non gonorrhoica.

Indeeling der vulvovaginitis infantum naar het aetiologisch moment.

Deze geschiedt thans het best als volgt:
1e. Vulvovaginitis gonorrhoica.
2e. Vulvovaginitis non gonorrhoica.

Deze laatste vorm is dan weer onder te verdeelen in een specifiek etterige vorm (veroorzaakt door strepto- en staphylococcen), een vulvovaginitis veroorzaakt door colibacillen, door diphterie bacillen en ten slotte een vulvovaginitis optre-

dende door secundair infectie, ontstaan na algemeen of plaatselijk verzwakt weerstandsvermogen (b.v. vulvovaginitis optredende bij mazelen, scrophulose, tuberculose, anaemiën etc. ect., vulvovaginitis optredende bij aanwezigheid van corpora aliena (b.v. een stukje spons, een haarspeld, oxyuren e.d. in de vagina).

Schematisch voorgesteld wordt de indeeling aldus:

Vulvovaginitis infantum
- A Vulvovaginitis gonorrhoica — Vulv. v. post gonorrhoica.
- B Vulvovaginitis non gonorrhoico (of Vulvovaginitis simplex)
  - Vulvovaginitis door streptococcen staphylococcen Coli bacillen. diphterie bacillen.
  - Vulvovaginitis door sec. infectie.
    - *a.* door algemeen praedisponeerende momenten.
    - *b.* door locaal praedisponeerende momenten.

A **De vulvovaginitis gonorrhoica.**

In het geschiedkundig overzicht zagen wij reeds dat de vulvovaginitis gonorrhoica epidemisch zoowel als endemisch voorkomt. Ook zagen wij dat naast de luetische *ook de gonorrhoische familie* voorkomt. De gang van zaken kan men zich daarbij aldus voorstellen:

Een man lijdende aan urethritis gonorrhoia waant zich na verloop van tijd ten onrechte genezen. Hij begeeft zich in den huwelijken staat en besmet zijn jeugdige echtgenoote. Treub schreef dat in een dergelijk geval de mogelijkheid bestond dat na den eersten huwelijksnacht de gezonde bruid werd tot een voor altijd sukkelende en zieke vrouw.

Aanvankelijk echter bespeurt de jonge vrouw vaak niet zoo heel veel van het opgeloopen lijden. Zij schrijft de wat pijnlijke mictie, het branderige gevoel, de eenigszins pijnlijke onderbuik, den vermeerderden uitvloed uit de geslachtsorganen toe aan de groote verandering door het huwelijk in haar leven teweeg gebracht.

Wordt zij nu ondanks alles zwanger en baart zij haar eerste kind, dan heeft dit een kans om geïnfecteerd te worden.

Gelukkig dank zij het indruppelen met 2 pCt. Nitrasargentioplossing wordt de conjunctivitis gonorrhoica voorkomen.

Vulvovaginitis gonorrhoica bij het pasgeboren kind kan weldra volgen, veelal echter geschiedt dit niet. Te verwachten is het dat het kind dat in stuitligging gebaard wordt, meer kans heeft om, tijdens de passage door het gonorrhoische moederlijke genitaalkanaal, geïnfecteerd te worden, dan het kind gebaard in schedelligging.

Immers bij stuitligging is de vulva van het kind veel langer in aanraking met de besmette moederlijke vagina en cervix en de kans op vulvovaginitis gonorrhoica bij het kind dan ook veel grooter.

Post partum zal het kind weer besmet kunnen worden doordat voor moeder en kind geen afzonderlijke toiletartikelen worden gebruikt.

Laten wij nu eens aannemen dat het kind al deze gevaren gelukkig ontkomen is en nog altijd niet geïnfeteerd is en den leeftijd van een à twee jaren heeft bereikt.

Die wieg raakte versleten, werd te klein of wel er werd een tweede kindje geboren waarvoor No. 1 moest plaats maken of om welke reden dan ook wordt het kind te slapen gelegd in het bed van zijn gonorrhoische ouders.

In het ouderlijke bed wordt nu het meisje geïnfecteerd. Dit geschiedt zelden direct, meestal indirect door het in aanraking komen der kinderlijke genitaliën met het besmette beddegoed.

Komen er nu in den loop der jaren meerdere kinderen, dan zal de pasgeborene steeds de wieg krijgen en aldus door hare geïsoleerde ligging relatief weinig kans hebben om besmet te worden.

De oudere kinderen slapen of bij elkaar of in het bed der ouders en worden op b.v. beshreven wijze geïnfecteerd. Aldus ontstaat de familiaire gonorrhoe, reeds uitvoerig door Pott, Epstein en Widmarck beschreven.

Enkele klassieke voorbeelden van de wijze waarop het kind geïnfecteerd kan worden zijn de volgende:

Een vrouw lijdende aan „blenorrhoe" infecteert haar beide dochtertjes van respectievelijk 4 en 8 jaar door het gelijktijdig gebruik maken van eenzelfde bad (Annales de Cazeneuve citaat uit contribution à l'étude de la vulvovaginite des petites filles par M. Lébédeff).

Een familie bestaande uit een echtpaar en drie dochtertjes, leden allen aan een „blenorrhoisch écoulement". Moeder en dochters gebruikten met zijn vieren een en dezelfde spons. (Forster).

In een huisgezin was vader lijdende aan urethritis gonorrhoica, moeder eveneens, had bovendien nog een perimetritis. Het tweejarig dochtertje had een vulvovaginitis gonorrhoica en tevens een conjunctivitis gonorrhoica, het pasgeboren eveneens. De gonococcus was bij alle gezinsleden aan te toonen. (Widmarck).

Op een kostschool leden meerdere meisjes aan een vulvovaginitis. De etter was direct van slijmvlies op slijmvlies overgebracht.
De kinderen hadden met de vingers bij elkaar de schaamdeelen betast. Twee der kinderen kregen bovendien nog een purulente conjunctivitis (Atkinson, 1878).

School-infectie.

Naast deze wel omschreven wijze waarop het meisje geïnfecteerd wordt, bestaat er nog een minder klare modus van infectie, die door enkelen weliswaar ontkend wordt, door de meeste onderzoekers echter als vaststaand wordt aangenomen, n.l. de z.g. school-infectie.
In dit geval is er in de onmiddellijke omgeving van het kind niemand lijdende aan gonorrhoe. Ouders, broers en zusters zijn alle gezond. Met verdachte personen kwam het kind niet in aanraking. Het meisje is altijd goed gezond geweest, had nergens last van, komt op school en binnen enkele weken of maanden gaat het lijden aan een hardnekkigen witten vloed, er worden zelfs bij microskopisch onderzoek van het secreet, gonococcen in aangetoond.
In een dergelijk geval zal het nu vaak gebeuren dat bij nauwkeuriger onderzoek van het geheele huisgezin toch nog wel een schuldige ontdekt wordt.
Tegenstanders der school-infectie-leer meenen dat als men maar lang genoeg onderzoekt en navraagt wel altijd iemand met gonorrhoe in de onmiddellijke omgeving van het kind is aan te wijzen.
O.i. komt het echter voor dat ook bij het nauwkeurigste onderzoek alle infectie mogelijkheden buiten de school zijn uit te sluiten. In dergelijke gevallen blijft dan niets anders over dan aan te nemen dat de infectie op school inderdaad zooals

de ouders meenden geschied is en wel door indirect contact op een besmette W.C.

Nu moge het waar zijn dat de gonococcen moeilijk in leven blijven buiten het lichaam, daartegenover staat dat het is aangetoond dat ondergoed met gonococcenpus besmeurd, infectieus is voor kinderen, zelfs meerdere dagen lang, speciaal in vochtige omgeving kunnen de gonococcen wel eenigen tijd virulent blijven.

Uit de dissertatie v. Sonnen blijkt dat juist door de onhandigheid van de kleine bezoekers de privaten der scholen zoo vaak besmet worden.

Sonnen ging dit na voor colibacillen het percentage der besmette schoolprivaten was 61 pCt., van openbare privaten 51,7 pCt.

Waar nu het percentage der schoolprivaten die besmet worden in het algemeen zoo hoog is, mogen wij veilig aannemen dat de kinderen lijdende aan vulvovaginitis gonorrhoica voor een deel ook de schoolprivaten infecteeren of zelf daar geinfecteerd werden. Al is nu de zitting van een W. C. een uitermate ongeschikte voedingsbodem voor den gonococcus en al zal deze daar spoedig sterven of een vita minima lijden, aan den anderen kant weten wij ook, dat de kinderlijke vulva en vagina uitermate gevoelig zijn voor de gonorrhoische infectie. Immers gonococcen die zelfs geen conjunctivitis meer kunnen veroorzaken, zijn nog wel voldoende virulent om een vulvavaginitis te weeg te roepen. Dit is een ervaringsfeit dat wel niemand zal ontkennen.

Geven wij ons dus rekenschap van de groote kans die het schoolprivaat heeft om met gonoccen besmet te worden en ook van de groote vatbaarheid der jeugdige vrouwelijke genitaliën voor besmetting met gonoccen dan is het o.i. niet te verwonderen dat de school infectie voorkomt.

Het optreden van vulvovaginitis gonorrhoica t.g.v. *stuprum* is gelukkig zeldzaam. Vroeger kwam dit meer voor. Veelal was hiertoe dan de aanleiding een nu meer en meer verdwijnend verfoeielijk bijgeloof dat indien een man lijdende aan gonorrhoe in geslachtelijke aanraking kon komen met een virgo, hij van zijn lijden verlost werd.

Speciaal in sommige streken van België (Vlaanderen) in oost Pruisen en Rusland heerscht nog dit bijgeloof. In de jaren 1920-21 kwam aan de Universiteits Vrouwenkliniek te Amsterdam geen enkel geval voor van vulvovaginitis gonorrhoica t.g.v. stuprum.

Natuurlijk kregen wij aldaar wel meerdere gevallen van

stuprum gezonden door de justitie voor het uitbrengen van een deskundig rapport, deze kinderen leden echter slechts aan een onbeduidende katarrh t.g.v. der verkrachting. In geen enkel dier gevallen was echter het motief geweest verlost te worden van een verkregen gonorrhoe.

Gevallen van het optreden van vulvovaginitis gonorhoica t.g.v. stuprum zijn dus zeldzaam. Ook Lébedeff (kliniek Dind te Lausanne) komt tot dezelfde overtuiging. „Il est indubitable que la contagion peut être vénérienne mais ces cas sont si rares que leur nombre est infime, comparé avec la fréquence totale de la vulvovaginite infantile."

Het incubatie stadium:

Luczny constateerde na een geval van stuprum een incubatie duur van drie à vier dagen.

Cohen Brach naar aanleiding van drie dergelijke gevallen een incubatie van drie dagen.

Skutsch zag acht à twaalf dagen na het gebruik van de besmette baden de kinderen met vulvovaginitis gonorrhoica op zijn polikliniek verschijnen.

Op de polikliniek der Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek zag ik een geval waarbij het kindje (volgens de moeder) door haar tante (een meretrix) digitaal moedwillig besmet was geworden. Na vijf dagen zag de moeder etter uit de kinderlijke genitalien komen. Jalouzie was de aanleiding tot de ellendige daad geweest.

Een andere vrouw kwam met haar dochtertje op de poliklinick om haar te laten behandelen wegens vulvovaginitis gonorrhoica. De moeder wist mede te deelen dat deze ontsteking voor het eerst door haar bemerkt was een week nadat haar kind geslapen had in het bed van een vrouw „die niet deugde". Deze vrouw was echter een dag te voren reeds vertrokken, het kind had echter in het vuile beddegoed waarin groenachtige vlekken, geslapen.

Een week daarna had de moeder bij haar kind profuse afscheiding uit de genitaliën bemerkt. Daags te voren reeds had het kind geklaagd over jeuk aan de genitaliën, zonder dat er verder acht op was geslagen.

Deze waarnemingen pleiten niet tegen de meening dat bij vulvovaginitis gonorrhoica het incubatiestadium plm. 4 dagen duurt. Dus even lang als bij volwassenen.

Symptomatologie.

In de achtste phase kan het algemeen welzijn soms gestoord zijn, de kinderen voelen zich een enkele maal ernstig ziek,

klagen over pijn in het buikje. Pijn bij het loopen, pijn bij de mictie, soms ook pijn bij de defaecatie.

Soms ook is het algemeen welzijn slechts weinig gestoord, is er alleen wat pijnlijke mictie en klagen de kinderen vooral over jeuk aan de genitaliën en over vieze afscheiding.

Bij objectief onderzoek zien wij dat de rima vulvae bedekt is met een groen-geele pus, hier en daar tot korsten ingedikt.

De schaamlippen zijn gezwollen, rood en pijnlijk. Spreidt men de groote schaamlippen uiteen dan blijkt de clitoris, het ostium urethrae, de introitus vaginae, de fossa navicularis, kortom de geheele vulva teekenen te vertoonen van een acute ontsteking. Ook krabeffecten kunnen tengevolge van de jeuk rond de genitaliën aanwezig zijn. Schreit het kind, maakt het afweer bewegingen dan komt veelal, door de opening in het hymen een druppel pus naar buiten, ten teeken dat er behalve de vulvitis ook een vaginitis bestaat.

Brengt men voorzichtig een klein speculum (b.v. een neusspeculum) in de kinderlijke vagina dan kan men waarnemen dat de vaginaalwanden eveneens rood gezwollen en pijnlijk zijn, er heerscht een vaginitis. Brengt men de portio à vue dan kan men vaak een druppel pus zien hangen aan het ostum externum, blijkbaar is er dan ook nog een cervicitis gonorrhoica.

Brengt men voorzichtig een oese in de urethra dan komt deze vaak terug met pus in het platina oogje, er bestaat ook een urethritis.

F. Späth schreef reeds in 1888: „Ich möchte gerade die Beteiligung der urethra besonders hervorleben und erblicke in dieser Thatsache eine namhafte übereinstimmung mit der gonorrhoische Erkrankung der Erwachsenen."

De vulvovaginitis gonorrhoica compliceerende urethritis.

Skutsch, Nolen e.a. vonden naast de vulvovaginitis steeds ook een urethritis gonorrhoica. Anderen als Cohen-Brach en Faille meenen zelfs dat de urethritis de vaginitis vooraf gaat.

In de gevallen waarbij door mij in de Vrouwenkliniek het urethasecreet werd nagezien, werd zonder uitzondering de gonococcus gevonden. Ik deed het echter alleen in die gevallen waar het ostium urethrae duidelijk rood en gezwollen was en ik dus à priori reeds meende dat een urethritis bestond in andere gevallen achtte ik mij terwille van de diagnostiek alleen, niet gerechtigd met een oese in de urethra te gaan. Men zou op die wijze het kind een urethritis kunnen bezorgen.

Gezien echter het feit dat de gevallen die ik wel onderzocht op urethritis gonorrhoica (n.l. 31) steeds gonoccen kon aantoonen. Skutsch, Nolen, Späth, Cohen-Brach, Faille e.a.

dezelfde ervaring hadden, is het de vraag of men de urethritis wel als een complicatie mag beschouwen en schijnt het mij juister de urethritis gonorrhoica in te deelen bij de kinderlijke gonorrhoe als een constant daarbij behoorend symptoom.

De nauwkeurige benaming voor het lijden zou dus moeten luiden urethro-vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Overigens is de urethritis voor het kind ten opzichte van het verloop van het lijden van weinig beteekenis. Het kind klaagt in het algemeen er weinig over, aanvankelijk lichte pijnlijke mictie is het eenige. De urethritis geneest meest zonder eenige behandeling van de urthra. Deze meening wordt ook gedeeld door Mlle. Lébedeff uit de Kliniek van Dind. Zij schreef: „L'uréthrite ne consitue pas, pour nous, une complication de le vaginite; Sa place, dans la symptomatologie de cette affection est très minime."

Cystitis.

Cystitis komt zelden voor. In de jaren 1920—21 zag ik er in de Vrouwenkliniek niet een. Dr. v. d. Reyden op Zeeburg evenmin. Toch schijnt zij een enkele maal voor te komen. Wertheim beschreef een cystitis gonorrhoica in een geval van stuprum.

Cervicitis.

De cervicitis gonorrhoica is een veelvuldig voorkomende complicatie bij het lijden.

Jung meent dat plm. 10 pCt. der gevallen van vulvovaginitis gonorrhoica door een cervicitis worden gecompliceerd.

Jung verrichtte zijn onderzoekingen zeer nauwkeurig.

Met een Rose's speculum werd de portio opgezocht, zorgvuldig gereinigd en nu gelukte het hem onomstootelijk de gonococcen ook in het cervix secreet aan te toonen en daarmede dus te bewijzen dat ook bij kinderen een specifieke gonorrhoische cervicitis mogelijk was.

Mlle. Lébedeff constateerde op een aantal van 56 gevallen 29 maal een cervicitis gonorrhoica. Haar wijze van onderzoek was echter minder nauwkeurig. Zij onderzocht de aan de portio hangende druppel pus op gonoccen, indien die hierin gevonden werden sprak zij van cervicitis gonorrhoica. Jung sprak alleen van cervicitis gonorrhoica indien het secreet uit de cervix gonoccen bevatte. De verschillende methoden van onderzoek van Lébedeff en Jung verklaren zeer goed het verschil in uitkomst en het zooveel hoogere percentage dat Lebedeff vond.

Praktisch nut heeft het onderzoek van de cervix niet, aangezien bij de gebruikelijke therapie de cervicitis toch niet afzonderlijk behandeld wordt.

In de Vrouwenkliniek der Amsterdamsche Universiteit beschouwt men zich alleen gerechtigd in die gevallen de cervix te onderzoeken als men à priori het bestaan van een cervicitis waarschijnlijk acht, immers alleen terwille van de diagnostiek is het niet geoorloofd het kind de kans te laten loopen een cervicitis door het onderzoek te krijgen. Ik onderzocht daarom alleen de cervix bij de kinderen die leden aan een uitermate hardnekkige vulvovaginitis infantum die schijnbaar weerstand bood aan alle therapie. Op een serie van 19 dergelijke gevallen kon ik eenmaal den gonococcus in het cervix secreet aantoonen. Hieruit mag men niet besluiten dat in de andere gevallen geen cervicitis gonorrhoica aanwezig was. Men bedenke slechts hoe vaak het mislukt bij een volwassen vrouw, lijdende aan gonorrhoe met hardnekkig cervicitis, den gonococcus aan te toonen.

Integendeel, het is mijn vaste overtuiging dat juist in de hardnekkige gevallen van vulvovaginitis gonorrhoica de hoofdzetel der gonoccen in de cervix is. Daar toch zijn de gonoccen onbereikbaar voor alle chemotherapeutische irrigaties, protargolstaafjes etc.

Bartholinitis.

De vulvovaginitis gonorrhoica wordt zelden gecompliceerd bartholinitis. Op een serie van 241 gevallen van vulvovaginitis behandeld in de vrouwenklinek, kwam er geen enkel geval voor met bartholinitis. Ook v. d. Reyden op Zeeburg zag er niet een. Treub zag er enkele, zoo ook Fischer, Rocaz en Van Rooy.

Proctitis.

Proctitis tengevolge van vulvovaginitis gonorrhoica is eveneens uitermate zeldzaam; hoe enkele Duitsche onderzoekers tot een percentage van 10 pCt. kunnen komen is ons geheel onbegrijpelijk.

Wel kan ik mij de mogelijkheid indenken dat bij onvoldoende reiniging van de anaalstreek, een onderzoeker met de oese in het rectum indringend, gonorrhoische pus van buiten de anus mee naar binnen brengt en aldus in het gemaakte uitstrijkpraeparaat gonoccen vindt. Daarmede heeft men echter toch niet het bestaan van een proctitis gonorrhoica aangetoond.

Eenmaal had Dr. v. d. Reyden op Zeeburg een kindje met vulvovaginitis dat ook leed aan een echte proctitis. Deze bleek echter bij herhaald en uiterst nauwkeurig onderzoek niet van gonorrhoischen aard te zijn.

Gaan wij nu na hoe bij volwassenen een proctitis gonorrhoica ontstaat dan zijn daarvoor de volgende oorzaken aan te geven: 1o. Directe infectie door coitus per anem; 2o. Gonorrhoische infectie via rectovaginale fistel; 3o. Infectie door pus die uit de genitialiën voortdurend langs de anus stroomt.

Praktisch kan het kind alleen deze laatste wijze van infectie voorkomen. In hardnekkige gevallen met zeer veel ecoulement is het dus mogelijk dat een proctitis gonorrhoica optreedt. Uit den aard der zaak komen ons slechts kinderen onder de oogen die geneeskundig behandeld worden en dus dank zij de therapie of weinig ecoulement hebben of wel dit weinig gonococcen houdend is en steeds worden die kinderen behoorlijk gereinigd. Slechts bij uitzondering zien wij kinderen met reeds langdurige geheel verwaarloosde vulvovaginitis gonorrhoica. Onder dergelijke kinderen is het theoretisch natuurlijk goed mogelijk een hoog percentage met proctitis gonorrhoica aan te treffen.

Adnexitis, pelveoperitinitis, peritinitis gonorrhoica als complicaties van vulvovaginitis gonorrhoica.

Marx geeft aan dat het niet zeldzaam is dat men bij kinderen met vulvavoginitis gonorrhoica per rectum onderzoekend de gezwollen adnexa kan voelen.

Baginsky publiceerde een observatie van een meisje van elf jaar dat stierf t.g.v. peritonitis in aansluiting van vulvovaginitis gonorrhoica.

Bij de sectie vond men een Douglas absces een salpinggitis purulenta en een dubbelzijdig ovariaal absces. In de pus werden gonococcen aangetoond.

Ook Loven en Marfan namen dergelijke gevallen waar.

Sänger, Pott, Erpstein e.a. constateerden salpingitus t.g.v. vulvovaginitis gonorrhoica.

In de vrouwenkliniek werden enkele malen kinderen opgenomen met vulvovaginitis die verschijnselen van peritoniale prikkeling vertoonden. Het verloop was echter uitermate gunstig. Dergelijke gevallen geven nog al eens aanleiding tot foutieve diagnose, de kinderen komen op een chirurgische afdeeling terecht, men ziet de vulvovaginitis over het hoofd en naar aanleiding van de vage buikklachten, de lichte misselijkheid, de drukpijnlijkheid van de onderbuik, speciaal als deze rechts zetelt, geeft aanleiding tot de diagnose appendicitis.

Zoo herinner ik mij een geval, waarbij een kindje voor appendicitis werd geopereerd; de appendix was eenigszins gein-

jiceerd, dank zij de bekende „knoopsgat" incisie waren de interne genitaliën niet à vue gekomen en in de dagen post operationem ontdekte men dat het kindje ook leed aan een vulvovaginitis gonorrhoica.

De conjunctivitis gonorrhoica.

Opvallend weinig, beter nog verrassend zelden, treedt conjunctivitis gonorrhoica op als complicatie van vulvovaginitis gonorrhoica.

Op een serie van 241 gevallen hadden slechts 2 kinderen geleden aan een conjunctivitis gonorrhoica. Op Zeeburg had Dr. v. d. Reyden nog geen geval van conjunctivitis gonorrhoica waargenomen bij zijn patientjes met vulvovaginitis. Omgekeerd kon ik uit het materiaal der oogheelkundige kliniek van Prof. Zeeman, sedert 1919, slechts 2 gevallen vinden waarbij de status aangaf conjunctivitis genorrhoica gecompliceerd met vulvovaginitis gonorrhoica.

In het eene geval herstelde de conjunctivitis geheel. De aandoening was beiderzijds. Aanvankelijk was de rechter cornea troebel, de linker cornea bleef onaangetast en waren beide oogen binnen 14 dagen geheel hersteld, de vulvovaginitis was bij ontslag echter nog niet genezen.

Het tweede geval was veel ernstiger. Dank zij het horlogeglas bleef het eene oog gespaard. Aan het ander oog (L.) heerschte een zeer hevige ontsteking; de conjunctivitis gonorrhoica werd gevolgd door een panophtalmie.

Er kwam een ulcus perforans corneae gevolgd door veel glasvocht verlies. Bij ontslag was ten slotte het linker oog geheel geschrompeld en zou later geënucleëerd worden, aldus vermeldde de status.

Aret was de eerste die wees op deze ernstige complicatie.

Veelal schijnt de conjunctiviits gonorrhoica, verkregen in aansluiting van een vulvovaginitis gonorrhoica, minder hevig te verloopen dan de blennorrhoe der pasgeborenen. B.v. genoemde historie vermeldt echter het tegendeel. Al mag dus deze complicatie zeldzaam zijn en nog al eens mild verloopen, zij kan ook een zeer ernstige vorm aannemen en gepaard gaan met verlies van een of beide oogen.

Complicaties van vulvovaginitis gonorrhoica, ten gevolge van het geraken van gonococcen in de bloedbaan, gonococcen septichaemie of pyaemie is mogelijk, is echter zeldzaam. Eenmaal in de bloedbaan schijnen de gonoccen het gevaarlijkst voor de synoviale holten (arthritis, pericarditis, pleuritis gonorrhoica. Ook endocarditis is mogelijk.

v. Leyden zag een geval waarbij de sectie van een meisje met vulvovaginitis endocarditis bestond en in het exsudaat dat de kleppen bedekte, gonoccen waren aan te toonen.

Bordani-Uffreduzzi zag een geval waar, bij een meisje van 11 jaar met vulvovaginitis gonorrhoica na stuprum, een pleuritis zich ontwikkelde en tevens ook een polyarthritis. In het punctievocht waren gonoccen aan te toonen.

Epstein verzamelde in 1887 dertig gevallen uit de litteratuur waarbij arthritis optrad tengevolge van vulvovaginitis gonorrhoica.

Ook Nolen beschreef meerdere gevallen van arthritis optredende in aansluiting van vulvovaginitis gonorrhoica.

De diagnose.

In acute gevallen, als de beschreven symptomen aanwezig zijn, de gonococcen in het uitstrijkpraeparaat microscopisch gemakkelijk zijn aan te toonen, is de diagnose gemakkelijk te stellen.

In chronische gevallen daarentegen als in het uitstrijkpraeparaatje ook na herhaald langdurig onderzoek de gonococcen niet te vinden zijn, wordt het soms uitermate moeilijk te beslissen of aandoening al dan niet van gonorhoischen aard is.

De vulvovaginitis gonorrhoica kan soms zoo uitermate chronisch en sluipend verloopen dat het praktisch onmogelijk is haar van de vulvovaginitis chronica non gonorrhoica te onderscheiden.

Er zijn voorbeelden te over waarbij de vulvovaginitis gonorrhoica chronica verloopt als een waar *„mal silencieux"*.

In het bijzonder zij men op zijn hoede als men een verontwaardigde moeder op zijn spreekuur krijgt met een schoolmeisje dat afscheiding „zou" hebben volgens „die" schoolarts en waarvan de moeder nooit iets gemerkt heeft, niemand heeft er ooit iets van gezien.

Speciaal wordt de zaak gevaarlijk als het de moeder te doen is voor een bewijs dat alles „in orde" is en het kind dus wel naar buiten kan naar de vacantie kolonie. Moeder heeft het kind netjes gewasschen, er is niets te zien, ecoulement is niet aanwezig, er zijn geen teekenen van ontsteking, hoogstens een lichte roodheid. In dergelijke gevallen zal het toch soms gelukken met de oese hoog in de vagina opdringend een druppeltje pus naar buiten te halen (speciaal in het laquear posterius) en soms zijn hierin, hetzij direct, hetzij na voorafgaande provocatie, gonococcen aan te toonen.

Het miscroskopisch onderzoek van het uitstrijkpraeparaat.

Aanvankelijk is het praeparaat vol leucocyten met talrijke intracellulaire gonococcen weinig of geen micro-organismen.

Binnen enkele weken is dit beeld heel anders. Naast de leucocyten vindt men ook epitheelcellen en sleechts enkele gonococcen en weinig andere micro-organismen, *die meer en meer de overhand krijgen en ten slotte zijn de gonococcen geheel en al uit het uitstrijdpraeparaat verdwenen,* komen ook na provocatie zelfs niet meer à vue. Het aantal leucocyten is belangrijk afgenomen, het aantal epitheelcellen wordt grooter en het praeparaat kan talrijke andere micro-organismen bevatten en het beeld vertoonen van een echte menginfectie die zich in niets onderscheidt van een vulvovaginitis simplex.

In meerdere gevallen zijn de gonococcen in de volgende weken ook niet meer aantoonbaar, in andere gevallen komen zij na een of meerdere weken, nadat het kind niet meer behandeld is geworden, weer te voorschijn. In het eerste geval spreken wij van een post gonorrhoische vulvovaginitis, in het laatste geval van een chronische vulvovaginitis gonorrhoica. In beide gevallen hebben de kinderen geheel dezelfde klachten n.l. jeuk aan de genitaliën, vieze afscheiding en soms min of meer vage onderbuiksklachten, zelden klachten over mictie of defaecatie.

Klinisch zijn dergelijke gevallen niet van elkaar te onderscheiden.

Nog moeilijker wordt de zaak wanneer men op het spreekuur een kindje krijgt dat reeds jaren lijdt aan witten vloed en in het uitstrijk praeparaat geen gonococcen zijn aan te toonen. Men zal trachten uit te maken of in de onmiddellijke omgeving van het kind, onder de leden van het huisgezin lijders met gonorrhoe zijn aan te wijzen. Een dergelijk werkelijk nauwkeurig onderzoek gaat echter met groote bezwaren gepaard en toch dient men op zijn hoede te zijn.

Ook de leiders der Amsterdamsche Geneeskundigen Dienst zijn van de uitermate sluipende vorm die de vulvovaginitis gonorrhoica infantum kan aannemen overtuigd.

Dr. v. d. Reyden, bewandelt een zeer veiligen weg, door, iedere vulvovaginitis infantum, die in enkele weken tijds door de therapie niet beïnvloed wordt, van gonorrhoischen aard te beschouwen ondanks het feit dat geen gonococcen aantoonbaar zijn.

Mendes de Leon die een uitvoerige verhandeling schreef over de aetiologie en de pathogenese der vulvovaginitis infantum constateerde dat de verschijnselen bij vulvovaginitis gonor-

rhoica en non gonorrhoica geheel dezelfde kunnen zijn. Hij trachtte alleen uit het microscopisch onderzoek tot een zekere diagnose te komen.

Mendes de Leon durft nu indien bij herhaald onderzoek geen gonococcen gevonden worden, doch wel talrijke bacteriën en coccen en meer epitheliën dan ettercellen aanwezig zijn de gonorrhoischen aard van het lijden uitsluiten. Wij zagen echter dat het secreet van een oude vulvovaginitis gonorrhoica, waarbij enkele weken te voren nog zonder twijfel gonococcen te vinden waren liever van een vulvovaginitis post gonorrhoica sluiten zoodoende de gonorrhoische aard van het lijden niet uit.

Vaccinodiagnostiek.

Als hulpmiddel bij het stellen der diagnose maakten wij ook gebruik van de z.g. vaccinodiagnostiek.

De klinische teekenen der reactie bij positief uitvallen op de inspuiting van het vaccine behooren te zijn: versnelde pols, hoofdpijn, loomheid, duizeligheid, soms misselijkheid en braakneiging.

Deze symptomen, die pl.m. 5 uur na de infectie beginnen, duren ongeveer 6 uur. Naast de algemeene treedt bovendien nog een haardreactie op, d.w.z. bij vulvovaginitis pijn en meer écoulement.

In de derde plaats ontstaat een locale reactie op de plaats van inspuiting, n.l. lichte roodheid, zwelling en pijnlijkheid.

Theoretisch is de reactie zonder twijfel van groot belang. Over de praktische waarde loopen de meeningen nogal uiteen. V. d. Velde en Köhler waren zeer enthousiast over de vaccinodiagnostiek. Fromme beschouwde haar als waardeloos. Heynemann, die proeven deed bij een reeks van 25 gevallen van gonorrhoe, kwam tot de slotsom dat de resultaten wel bruikbaar waren voor het stellen eener juiste diagnose.

Simon daarentegen zag na een arthigoninjectie een zeer hevige reactie bij een volmaakt gezonde vrouw.

Deze abnorme reactie verklaarde Nicolle als gevolg van de autolyse der gedoode gonococcen in het vaccin. Het vaccin was bedorven en de daarin ontwikkelde toxinen gaven die abnorme reactie en niet de gonococen als zoodanig.

Cruveillier en Nicolle bereidde toen een geheel atoxisch vaccin.

Rung meende dat dit vaccin inderdaad beter was dan de andere, dat het echter evenmin voor de diagnostiek betrouwbare resultaten gaf.

Bruck daarentegen hechtte weer groote waarde aan de vac-

cinodiagnostiek bij gonorrhoe, hij vindt deze zeer betrouwbaar. Bruck putte zijn ervaring uit een groot materiaal als legerarts in den grooten oorlog.

Een injectie van Arthigon (10-20 millioen) was voldoende om opnieuw écoulement te voorschijn te roepen waarin gonococcen aantoonbaar waren.

Ook Passtoors zag bij een vrouw bij wie hij herhaald onderzoek geen gonococcen waren aan te toonen, na 1½—2 cc. arthigon intramusculair ingespoten na 24 tot 48 uur ruime afscheiding met talrijke gonococcen.

In de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek zagen wij niet altijd reactie optreden, zoowel na het gebruik van 1½ tot 2 cc arthigon als na het inspuiten van vaccin v. Spronck bij proefpersonen die zonder twijfel aan gonorrhoe leden (2-5 millioen bij kinderen, 25 millioen bij volwassenen). Daartegenover staan echter gevallen waar een zeer duidelijke algemeene reactie en ook eenige locale reactie optrad.

Nadeelige gevolgen zagen wij nimmer. Onze meening is dat men zonder bezwaar de diagnostische injecties kan verrichten, met dien verstande evenwel dat men in het bijzonder aan een negatieven uitslag niet te veel waarde hecht.

Overbekend is het hoe moeilijk het gelukt gonococcen te kweeken, ons gelukte het slechts zelden om uit gonorroisch vaginaalsecreet den gonococcus te kweeken (op ascites agar).

Het negatief resultaat zegt dus niets voor de diagnose van vulv. vog. gonorrhoica. Ook voor de diagnose van welken aard de vulvovaginitis simplex is, schijnt ons de uitslag der kweekproeven van weinig belang. Wij deelen hieromtrent niet de meening van Mendes de Leon, die uit resultaat der kweekproeven alléén reeds besluit tot de diagnose van v. v. door staphylocccie b.v. Het gebeurde ons n.l. meer dan eenmaal, dat bij het afstrijken van normaal vagnaalsecreet op agarplaten, wij reinculturen van staphylo of streptococcen kregen (eenmaal zelfs van haemolytische streptococcen) terwijl het oorspronkelijke vaginaalsecreet een reinheidsgraad I had en ook klinisch geen ontstekingsverschijnselen waren waar te nemen.

Het verloop.

Geleidelijk, onder doelmatige behandeling, in enkele weken

verdwijnen de hevige ontstekingsverschijnselen.

De vulva is minder geïrriteerd, roodheid, zwelling en pijnlijkheid zijn nauwelijks meer aanwezig. Het verschijnsel dat blijft en van nu af aan alle andere symptomen overheerscht is de hinderlijke afscheiding.

Door dagelijksche irrigaties en verdere behandeling kan men ook deze „witte vloed" schijnbaar gering maken, stopt men echter de behandeling dan is de afscheiding in enkele dagen weer profuus.

Met veel geduld van de zijde van de patiënt als van den arts is ook hier langzaam aan terrein te winnen, is de afscheiding ten lange leste tot weinig of niets terug te brengen. Hiermede zijn echter vaak maanden gemoeid.

Veelal zijn na een geregelde behandeling van 6 weken in het uitstrijkpraeparaat geen gonococcen meer te vinden. Wacht men echter enkele dagen dan is niet alleen de afscheiding weer vaak profuus doch zijn er ook gonococcen in aan te toonen.

Skutsch b.v. kon na 12 weken behandeling na enkele dagen bij 43 pCt. van 146 gevallen weer gonococcen aantoonen.

Nolen kon na 6 maanden behandeling nog gonococcen aantoonen.

In de Vrouwenkliniek waren van 244 gevallen na 6 weken behandeling nog 118 positief.

Lichtvaardig is dan ook de arts die na het verdwijnen der klinische symptomen het kindje genezen verklaart. Ook is men niet gerechtigd dit te doen na een eenvoudig microskopisch onderzoek van het vaginaalslijm waarin geen gonococcen worden gevonden. Men moet herhaalde malen onderzoeken, het écoulement provoceeren door het geven van heete langdurige zitbaden, het injeceeren van vaccin, mitras argenti, van zoutsolutie, lugol etc.

Op de polikliniek der Amsterdamsche Universiteits Vrouwen kliniek komen meerdere kinderen die reeds langer dan een jaar, soms jaren, onder behandeling zijn geweest elders of vroeger ook reeds op de polikliniek kwamen. Er zijn er die reeds in verschillende inrichtingen van Amsterdam behandeld zijn. Iedere inrichting heeft veelal een andere therapie toegepast en na elke toegepaste therapie werd het kind „genezen" verklaard. Telkens is de vieze afscheiding echter teruggekomen en werden opnieuw gonococcen gevonden.

Wellicht genezen meerdere gevallen in werkelijkheid nooit, verloopen slechts voor een tijd latent en rustig. Flikkeren nu

en dan weer op en geven doorloopend meer of minder last van vieze afscheiding. Speciaal in de puberteitsjaren leeft het sluimerende ontstekingsproces, het „mal silencieux" weer op en geeft aanleiding tot pijnlijke menstruatie, verhoogde prikkelbaarheid en nervositas.

Zijn in het genitaalkanaal dan nog gonococcen aanwezig?

Is het nu inderdaad mogelijk (zooals Nolen reeds in 1898 veronderstelde) dat een meisje, dat in haar eerste levensjaren aan vulvovaginitis gonorrhoica leed, later, eenmaal gehuwd, nog haar echtgenoot kan besmetten?

Is het mogelijk gebleken dat een chronische ontsteking, stammende uit de kinderjaren, het genitaal apparaat van de jonge vrouw minderwaardig maakte, steriliteit, dysmonenorrhoe en path. anatomische veranderingen van uterus en adnexa tengevolge had?

In het laatste hoofdstuk heb ik getracht deze vraag afdoende te beantwoorden.

B. **De vulvovaginitis non-gonorrhoica.**

In den aanvang van dit hoofdstuk vermeldden wij dat op een serie van 130 nieuw ingeschreven patiëntjes er 50 leden aan een vulvovaginitis non gonorrhoica en daarvoor in behandeling werden genomen.

Bij microskopisch onderzoek der gemaakte uitstrijkpraeparaten bleek deze vorm van vulvovaginitis veroorzaakt te worden door staphylo en streptococen, Colibacillen, menginfecties met diplococcen, staafjes, in het algemeen met talrijke andere microorganismen. Gevallen van vulvovaginitis t. g. v. besmetting met diphteriebacillen zijn in de literatuur bekend.

Het geloof der ouden dat algemeene zwakte en „dyskrasie" de oorzaak kan zijn voor abnormale vaginale afscheiding zouden wij niet gaarne verwerpen. Een algemeen verzwakt weerstandsvermogen zal de kinderen toch gemakkelijker vatbaar maken voor secundair infectie.

Het is dan ook niet te verwonderen dat wij zoo vaak bij scrophuleuse kinderen, na mazelen etc. nogal eens vulvovaginitis konden waarnemen. Als locale oorzaken, die vulva en vagina praedisponeerden voor sec. infectie, vonden wij corpora aliena (b.v. een stukje spons) en ook nog al eens oxyuren. Deze verwekken jeuk, het kind gaat krabben en vanuit de krabeffecten ontwikkelt zich een sec. infectie. Op dezelfde wijze kan men zich indenken dat tengevolge van masturbatie een vulvovaginitis ontstaat, vooral wanneer de masturbatie met onreinheid gepaard gaat.

Bij al deze vormen vindt men in het uitstrijkpraeparaat strepto of slaplylococcen vermengd met meer of minder talrijke andere micro-organismen (diplococcen, micrococcen, kommavormige bacillen, enkele staafjes etc. etc). Naast deze vormen waarbij de vulvovaginitis optrad tengevolge van secundaire infectie na hetzij locale of hetzij algemeen praedisponeerende momenten, komt er ook een echte primaire vulvovaginitis non gonorrhoica voor t. g. v. strepto of staphylococcie en een enkele maal ook door diphterie of colibacillen.

Mendes de Leon heeft dit in zijn publicatie van 1907 in het Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde onloochenbaar aangetoond. Het gelukte hem om met de staphylococcen gekweekt uit de vaginale afscheiding van een meisje lijdende aan vulvovaginitis simplex, een dergelijke vaginitis bij een konijn te verwekken door inwrijving in de vagina van het dier, met genoemde staphylococcen.

Boshouwers beschreef een vulvovaginitis en een cervicitis non gonorrhoica bij een 19-jarig meisje, veroorzaakt door staphylococcen.

In hetzelfde gezin waren kort te voren twee gevallen van vulvovaginitis infantum non gonorrhoica voorgekomen. De etterige afscheiding werd in verband gebracht met irrigeeren en wasschen met water uit een put achter het huis. Inderdaad bleek dit water te wemelen van staphylococcen.

Slingenberg publiceerde enkele gevallen van vulvovaginitis non gonorrhoica door streptococcen veroorzaakt. Hij sprak de meening uit dat een vrij groot percentage der vulvovaginitis bij kinderen door streptococcen zou veroorzaakt worden. Het gelukte Slingenberg in meerdere gevallen de streptococcen in reincultuur te kweeken.

De klinische symptomen zijn minder hevig dan bij de gonorrhoische vulvovaginitis, veelal bestaat er slechts een vulvitis en is de vagina niet of nauwelijks aangedaan. De afscheiding is spaarzaam en mist de voor gonorrhoe typische groen-gele kleur. De vulva is rood en pijnlijk, vooral in de huidplooien, rond de clitoris is vaak een opeenhooping van smegma, welke een onaangename reuk verspreid. Door de opening in het hyme komt slechts zelden (en dan nog na flink persen) een enkele druppel pus te voorschijn.

De genezing geschiedt spoedig door reinhouden der genitalen met gekookt water of een of ander zwak antisepticum. Zoo er een vaginitis bestaat 3 maal per week irrigaties met Nitrasargenti 2 pCt. (speciaal bij v. v. door streptococcen ver-

oorzaakt) of waterstof superoxyd. Vervolgens voorzichtig droogbetten van de genitaliën en inpoederen.

Bereikt men aldus niet spoedig herstel dan zij men op zijn hoede. De kans is groot dat men zich vergiste en niet te maken heeft met een vulvovaginitis non gonorrhoica doch met de, in den aanvang van dit hoofdstuk beschreven vulvovaginitis post gonorrhoica!

Ten slotte aan het einde van dit hoofdstuk willen wij nog even nader beschrijven de nu en dan bij pasgeboren meisjes waargenomen bloederige gelei-achtige afscheiding. Zij onderscheidt zich scherp van de uitvloed bij vulvovaginitis aangezien zij niet het product is van een ontstekingsproces.

Dind noemt dit proces une catarrh desquamatieve der nouveau-nées, hij beschouwt het als een sterk desquamatie proces van de epitheliën der vaginaalwand.

Anderen en wij, deelen deze meening niet. Veel aannemelijker schijnt ons de meening van Halban. Deze was meermalen in de gelegenheid pasgeborenen die genoemde afwijking vertoond hadden te seceeren. Hij vond daarbij aan het uterusslijmvlies zoowel macroscopisch als microscopisch analoge veranderingen als bij de volwassen vrouw tijdens de menstruatie.

Ovarieele functie bleek bij deze kinderen absoluut uitgesloten te kunnen worden. Niet alleen bij sectie van deze pasgeborenen doch ook bij anderen vond Halban (zij het ook in lichteren graad) eenzelfde toestand van het uterussslijmvlies.

Opvallend is het dat de genoemde afwijking die wij als pseudo menstruatie praecox zouden willen aanduiden, veelal gepaard gaat met zwelling der borstjes en afscheiding van z.g. heksenmelk.

De pseudomenstruatie wordt door Halban verklaard een regel.

Door de placentaire afscheiding van harmonen uit het moederlijk bloed in de foetale curculatis welke hormonen de secretie der mammae aanzetten en de oorzaak zijn van menstrueele veranderingen van het kinderlijke uterusslijmvlies.

Met echte menstruatie praecox heeft de afwijking niets te maken. Echte menstruatie praecox gaat gepaard met pubertas praecox, met vroegtijdige orariele functie en algeheele evolutie praecox corporis.

De menstruatie praecox, die op den leek en dikwijls ook baker en verpleegster een verontrustenden indruk maakt, verloopt uiterst mild, voor therapie behoudens het goed reinhouden der genitaliën, bestaat geen indicatie. de diagnose is voor wie haar ééns zag „à vue" te stellen en niet te verwarren met een bloeding uit de darmtractus. Het verloop is als volgt:

Den 4en of 5en dag post partum waarschuwt de zuster, dat zij een bloederige afscheiding bij de pasgeborene bemerkte. De luier die zij ons toont bevat een bloederige gelei.

Microscopisch vindt men aanvankelijk veel slijm, roode bloedlichaampjes, haemoglobine-kristallen, enkele leucocyten en epitheelcellen, enkele spaarzame Gr. staafjes, in de daaraanvolgende dagen meer epitheelcellen en micro-organismen.

De afscheiding vermindert geleidelijk, wordt minder bloederig en is na verloop van een paar weken geheel verdwenen.

HOOFDSTUK III.

DE THERAPIE.

Prophylaxis.

In de eerste plaats is uitgebreide prophylaxis aangewezen. De oude spreuk „Voorkomen is beter dan genezen" geldt zeker ook hier waar het genezen zoo bijzonder moeilijk is.

Goede voorlichting der moeders door den schoolarts en de wijkzuster kan veel ellende voorkomen.

In de ziekenhuizen houde men voor de vulvovaginitis infantum een aparte afdeeling. Op school stelle de schoolarts een nauwkeurig onderzoek in bij ieder meisje met vaginale afscheiding.

Ook overtuige hij er zich van dat goede ruime closets aanwezig zijn. Aanbevelenswaardig zou het zijn dat op iedere school closets aanwezig waren van verschillende grootte. Kleinere en vooral lagere closets voor de kleine kinderen. Deze closets moeten zoodanig gebouwd zijn dat het voor de kinderen niet noodzakelijk is om het de labiae langs den closetrand te schuren. Een U-vormig closet met ietwat verlaagden voorrand zou derhalve zeer gewenscht zou zijn.

Dringend noodzakelijk is het om behalve de lagere scholen ook de bewaarscholen en kinderbewaarplaatsen onder geneeskundig toezicht te stellen. Immers juist hier is de kans groot dat vulvovaginitis gonorrhoica van het eene kind op het andere wordt overgedragen. Speciaal op de kinderbewaarplaatsen, die nog al eens primitief zijn ingericht, maken de kleintjes dikwijls gebruik van eenzelfde potje. De vulva heeft daarbij kans langs den rand te schuren of door spatten bezoedeld te worden en aldus kan het eene kind het andere infecteeren.

De Amsterdamsche Geneeskundige Dienst heeft uitgebreide maatregelen genomen om de vulvovaginitis gonorrhoica te bestrijden. Schoolarts en zuster houden streng toezicht. Indien zij een kindje met vulvovaginitis gonorrhoica ontdekken worden de ouders van den ernst van het lijden overtuigd en het kind wordt in de quarantaineinrichting op Zeeburg opgenomen.

Doch niet het schoolgaande meisje alleen, en dit is juist een essentieel punt bij de bestrijding van het kwaad door den Amst. Geneesk. Dienst, doch tegelijk met haar worden haar zusjes aan een nauwkeurig onderzoek onderworpen en zoo ook zij lijdende zijn mede op Zeeburg geïsoleerd. Indien andere leden van het gezin ook lijden aan gonorrhoe wordt hen er op gewezen zich te laten behandelen.

In geval dat de ouders opname weigeren, dit komt gelukkig zelden voor, kan men het kind helaas den toegang tot de school niet ontzeggen, in zulke gevallen wordt het meisje verboden gebruik te maken van de schooltoiletten.

Krijgt men ter behandeling een kind lijdende aan vulvovaginitis gonorrhoica dan zal men er op wijzen dat de uitvloed uit de genitaliën besmettelijk is, dat ook het door het kind gebruikte linnengoed, toiletartikelen, sponzen, handdoeken etc., andere kinderen kunnen besmetten. Dat zelfs het gebruikte beddegoed gevaarlijk is voor andere meisjes. Men denke er om te waarschuwen dat het vaginale secreet uitermate gevaarlijk is voor de oogen, dat een enkele druppel pus voldoende is om een ernstige oogontsteking te veroorzaken, waarbij het kind zelfs het oog kan verliezen. Men wijze er op dat een badkuip door een meisje met vulvovaginitis gebruikt, besmettelijk is voor anderen. Indien een vrouw, lijdende aan gonorrhoe bevalt, is het aangewezen behalve de oogjes van de pasgeborene ook de vulva en vagina met 2 pCt. nitrasargenti in te druppelen.

Chemotherapie.

In acute gevallen is bedrust noodzakelijk en in den aanvang der behandeling bij chronische gevallen zeer gewenscht. Het algemeen weerstandsvermogen zal men door passend dieet en roboreerende therapie trachten te versterken.

Wat de locale behandeling betreft is het buitengemeen moeilijk een keuze te doen uit de talrijke aanbevolen middelen. Wat door den een als een uitstekend praeparaat wordt geprezen, wordt door den ander even welsprekend verworpen. Zeker is dat ook hier „het meerdere wegen zijn die naar Rome leiden". Welk middel men ook moge toepassen, men zij er zich wel van bewust dat het lijden zeer hardnekkig kan blijken te zijn. Aldus handelend zal men zich veel desillusies besparen.

In de Amsterdamsche Vrouwenkliniek worden de kinderen sedert jaren behandeld met protargolstaafjes 5 pCt. tot 10 pCt. Driemaal per week een staafje. Thuis moet driemaal daags de

vulva gereinigd worden met een oplossing van permanganaskalicus 1/2000. Deze behandeling duurt 6 weken.

In aansluiting aan deze therapie worden de kinderen nog 14 dagen nabehandeld met Nitras argenti 2 pCt. oplossing of waterstofsuperoxyd 3 pCt. gedurende 2 weken, 3 maal per week een irrigatie. De irrigatievloeistof wordt door een dunne Nélaton-katheter voorzichtig in de vagina gespoten.

Het reinigen der vulva thuis moet zeer zacht geschieden, onder geen voorwaarde mag de vulva daarbij verwond worden. Is de vulva zeer gezwollen en pijnlijk dan is het voldoende dat de permanganas kalicus-oplossing eenvoudig over de vulva wordt uitgegoten en hoogstens met watten worden afgebet.

Is de kuur afgeloopen dan worden de kinderen een week in het geheel niet behandeld en daarna een uitstrijkpraeparaatje van het vaginaalslijm gemaakt en onderzocht op gonococcen.

Valt dit negatief uit dan worden de verschillende provocatiemethoden toegepast. Zijn deze nu steeds negatief en heeft het kind geen noemenswaardige afscheiding meer dan wordt het pas genezen verklaard.

Wordt het kind als genezen ontslagen dan krijgt de moeder steeds den raad mede zoodra de afscheiding terug mocht komen, zij zich weer onmiddellijk met het kind moet aanmelden voor onderzoek.

De resultaten met deze behandeling in de Vrouwenkliniek verkregen, nagegaan aan een reeds van 244 gevallen, zijn als volgt:

25 pCt.	herstelden	na	8 weken.
25½ pCt.	„	„	16 „
12½ pCt.	„	„	24 „
4 pCt.	„	„	40 „
6 pCt.	„	„	één à anderhalf jaar.

Prof. van Rooy zag ook goede resultaten van de behandeling met choleval, n.l. 3 maal daags irrigeeren met ½—1 pCt. oplossing van choleral en aque dest. De oplossing moet in bruine fleschjes bewaard worden, receptuur dus:

R/Choleval 2
Aqua dest. ad 200
M. C. sol. det ad vitr. fusc U. Ext.
S. 1 pCt. cholevaloplossing voor gebruik met gelijke hoeveelheid gekookt, lauw-warm water verdunnen.

Choleval is ook in den vorm van tabletten te verkrijgen, die men zelf kort voor het gebruik kan oplossen.

Dr. v. d. Reijden van de quarentaine-inrichting op Zeeburg

past de droge behandeling toe. Dagelijks wordt met een poederblazer een mengsel van Ac. Boric en dermatol aa in de vagina geblazen.

De vulva wordt meermalen daags met uitgekookt water afgebet.

Gemiddeld genezen de kinderen in 3 à 4 maanden.

Prof. Mendes da Costa beveelt in zijn leerboek herhaalde irrigaties met permanganas kalicus 1/4000 aan. De irrigaties moeten gevolgd worden door het inbrengen in de vagina van een 5 pCt. prolargol staafje.

Mendes de Leon is een warm voorstander van irrigaties met chloorzink in 1 pCt. oplossing. Hij beschouwt chloorzink als een specificum tegen gonorrhoe.

R/chloret. zinci 30 pCt.
S uitwendig
3 eetlepels op 1 L. water.
3 maal daags irrigeeren.

Dr. v. d. Valk zag goede resultaten van dagelijksche afwisselende irrigaties van permanganas kalicus en nitras argenti-oplossingen van 1/5000 tot 1/2000.

Geber beveelt aan dagelijksche irrigaties met permanganas kalicus gevolgd door drogen van de vagina en daarna deze te bestrooien met dierlijke kool (Merck).

C. Norris (Chicago) vindt het noodzakelijk dat het hymen gekliefd wordt, om etterstagnatie in de vagina te voorkomen. De vagina moet vervolgens dagelijks worden uitgewasschen met hypermanganas kalicus 1/4000, daarna aangestipt met argyrol, ten slotte goed droog uitgeveegd en daarna wordt warme lucht ingeblazen.

Norris acht het contact met warme lucht noodzakelijk om de coccen doodende werking van de geheele behandeling te versterken.

Aldus bracht hij 14 gevallen in 3 maanden tot genezing. Het hardnekkigste geval genas in 18 weken.

Perrin maakt gaarne gebruik van een endoscoopbuis ter dikte van charrière 25 à 30, deze kan in de vagina gebracht worden zonder het hymen te laideeren.

De buis wordt ingesteld op de portio. Komt nu uit het ostium externum pus zoo wordt voorzoover het cervikaalkanaal toegankelijk is dit aangestipt met 10 pCt. glycerine-potargol, daarna wordt de vagina op dezelfde wijze behandeld. Ook in

de urethra wordt een fijn buisje gebracht en vervolgens de urethra ook uitgeveegd met een wattestaafje gedrenkt in 10 pCt. protargol.

Ten slotte wordt tusschen de labiae een gaasje gelegd, gedrenkt in 10 pCt. protargoloplossing.

R/ Protargol 5.
Aqua dest. 8.
Glycerini 50.
N. Ext.

Wordt de vulvovaginitis gecompliceerd door een proctitis dan behandelt Perrin deze met suppositoria met 10 m.Gr. Nitras Argenti of Albargin. Irrigaties met Nitras Argenti 1/2000 en zitpillen met 1 Gr. ichthyol worden eveneens aanbevolen.

Vaccinotherapie.

Bij de vaccinotherapie beoogt men door het toepassen eener juiste doseering een groote overmaat van antistoffen in het lichaam van den lijder teweeg te roepen. Deze antistoffen zullen in de eerste plaats de gonococcen aantasten die in de mucosa wisten door te dringen en dus juist voor de chemische inwerking van de irrigatievloeistoffen onbereikbaar waren.

Weliswaar volgt op de eerste injectie een z.g. negatieve phase (waarbij de opsonische index kleiner is geworden), deze wordt echter weldra gevolgd door een positieve phase. Door met geringe dosis te beginnen en geleidelijk deze te vergrooten, voorkomt men een langdurige negatieve phase, krijgt integendeel spoedig de verlangde positieve phase waarbij de opsonische index steeds grooter wordt.

Wright meende aanvankelijk dat het noodzakelijk was de injecties slechts te verrichten onder contrôle van den opsonischen index. Dit is echter te omslachtig en onnoodig gebleken. Geheel voldoende is het de klinische verschijnselen gestadig te controleeren. Treedt na een injectie temperatuursverhooging op of wel gevoelt de patiënt zich onlekker dan wacht men met het geven der volgende injectie tot alle verschijnselen verdwenen zijn. Daarna wordt nu geen hoogere, doch nogmaals dezelfde dosis gegeven en eerst daarna de kuur met stijgende giften voortgezet.

Het is een bekend feit, dat bij kinderen de gonococcen door den vaginaalwand heen kunnen dringen. Deze gonococcen zijn dus niet meer voor de locaal aangewende chemotherapie bereikbaar, evenmin als de gonococcen hoog in de cervix.

De veronderstelling was dus niet gewaagd dat de antistoffen bevattende lichaamsvochten meer invloed op deze

gonococcen zouden uitoefenen dan de vaginale irrigaties.

Ter bestrijding van deze gonococcen kwam het er dus op aan door vaccin injecties het gehalte aan antistoffen te verhoogen.

Dieulafoy, Dopter, Klause, Nicolle e.a., bij ons te lande Prof. van Rooy, v. d. Velde, Sormani, Slingenberg, verrichten hieromtrent onderzoekingen.

Over het geheel genomen heeft de vaccinotherapie bij de behandeling der vulvovaginitis gonorrhoica niet aan de verwachtingen beantwoord.

Naast succesvolle gevallen kwamen tal en tal van mislukkingen voor. E. Gaujoux, die een uitgebreid onderzoek instelde kwam tot de slotsom dat „il parait utile d'être très reservé sur la valeur de la vaccinotherapie".

Over de doseering en het aantal injecties heerschen nogal uiteenloopende meeningen. Op een serie van 12 met vaccin behandelde gevallen zag Butler 9 genezingen en in 3 gevallen veel verbetering. Het aantal gonococcen per injectie bedroeg in geleidelijk opklimmende dosis 5 tot 10 millioen.

W. Hamilton had met vaccinotherapie 90 pCt. genezingen. Zijn doseering was belangrijk hooger, hij ging tot 200 millioen per injectie.

Comby, die eveneens gunstige resultaten verkreeg met de vaccinotherapie, gebruikte het vaccin van Nicolle en Blaizot. 3 à 4 injecties hiervan waren voldoende om algeheele genezing te verkrijgen.

Nicolle en Blaizot schijnen er in geslaagd om een absoluut atoxisch vaccin te bereiden dat tevens stabiel is. Een halve c.M³. van dit vaccin wordt vermengd met anderhalve c.M³. physiologische zoutsolutie en dan intramusculair ingespoten.

Dit vaccin bevat 3 milliard coccen per dosis en geeft noch locale, noch algemeene reactie volgens de vervaardigers.

In de Vrouwenkliniek maakten wij gebruik van arthigon en de gonococcen vaccins van Spronck.

Het arthigon werd gegeven intramusculair. Bij kinderen beneden het 8ste jaar moet worden gegeven 0,1 cc per injectie, oudere kinderen 0,2 cc per injectie. In geen enkel geval trad eenige reactie van beteekenis op. Na 3 à 4 dagen moet de dubele dosis gegeven worden enz. tot 1 à 1,2 cc per dosis.

Het vaccin van het Rijks-Serologisch Instituut is verkrijgbaar in 3 seriën. Voor volwassenen wordt begonnen met de injectie van 5 millioen coccen. Reageert de patiënt op eenige inspuiting met temperatuursverhooging dan moet met de vol-

gende inspuiting worden gewacht tot alle verschijnselen geheel verdwenen zijn en mag niet tot een hoogere dosis worden overgegaan. De gift, die de reactie veroorzaakte moet dan opnieuw worden gegeven.

Het interval van 2-3 dagen geldt alleen voor den eersten tijd van de behandeling, naarmate de dosis stijgen moeten ook de tijdsruimten tusschen de inspuitingen grooter worden genomen.

Kinderen ontvangen minder en volgens het volgende schema:

van 8— 3 jaar 1/5 van de dosis van een volwassenen.
„ 3— 7 „ 1/4 „ „ „ „ „ „
„ 7—10 „ 1/3 „ „ „ „ „ „
„ 10—16 „ 1/2 „ „ „ „ „ „

De enkele door ons aldus behandelde gevallen verdroegen de injecties zeer goed. Een meisje van 5 jaren verdroeg zonder stoornis een serie injecties van 1 tot 75 millioen gonococcen per injectie in geleidelijk opklimmende dosis. In totaal kreeg zij een dosis van 215,5 millioen gegeven in een maand tijds.

De afscheiding die zeer hardnekkig was nam na de eerste injecties iets toe, verminderde daarna geleidelijk en verdween ten slotte geheel. Behalve uitwendig reinigen der genitaliën met permangas kalicus-oplossing 1/4000 werd geen andere therapie toegepast.

De temperatuur steeg nimmer boven het normale en ook reageerde het kind evenmin op eenige andere wijze op de injecties.

Na afloop der behandeling werden ook bij herhaald onderzoek, ook na provocatie, geen gonococcen gevonden, ook was de genitale afscheiding vrijwel geheel verdwenen volgens de moeder.

Men dient echter wel in het oog te houden dat het kind voor de vaccinotherapie was opgenomen en in bed werd gehouden. Zooals men weet is bedrust een groote factor bij de behandeling der gonorrhoe.

Professor van Rooy deelde op het geneeskundig congres te Brugge (zie „Ned. Tijdschr. v. Geneesk." 1922, tweede helft, No. 9) mede aan de hand van een groote statistiek, dat op welke wijze de gonorrhoe ook behandeld wordt, hetzij chemisch, hetzij met vaccins, hetzij met bedrust en reiniging van de genitaliën alleen, steeds ongeveer een even groot percentage geneest. Zoodat men bij behandeling in een ziekenhuis, waar de mogelijkheden voor een genezing zoo gunstig mogelijk zijn (de absolute rust, de doelmatige verpleging, de zaak-

kundige reiniging, geen kans van reïnfectie) men het goede resultaat dat men bereikt niet uitsluitend mag wijten aan het gebruikte geneesmiddel.

Fiebertherapie.

Gonococcen worden bij een temperatuur van 39° C. ernstig geschaad, bij 42° C. gedood.

Op dit feit berust de z.g. „fiebertherapie". Weitz publiceerde 11 gevallen waarbij hij bij soldaten met acute gonorrhoe groot succes had met het geven van heete baden.

In navolging hiervan paste Ylppö, Engwer e.d. deze therapie toe bij kinderen met vulvovaginitis gonorrhoica. Zij waren zeer tevreden over de verkregen resultaten.

Mönck zag veel goeds van de gebruikelijke therapie te combineeren met de heete-baden-behandeling.

Nast zag daarentegen geen enkel gunstig resultaat van de „fiebertherapie".

Een nauwkeurig onderzoek van Hertha Schulz van de Rummelsburger Klinik te Berlijn, toonde aan dat de „Fiebertherapie" niet alleen weinig gunstige invloed op het verloop van de vulvovaginitis gonorrhoica uitoefende, doch bovendien als een gevaarlijke methode geheel verworpen diende te worden.

Zij kon niet anders dan de met veel ophef verkondigde „Neue Methode" beschouwen als een onmenschelijke kinderkwellerij. Om de kinderen de noodzakelijke lichaamstemperatuur van 40°—41° C. te bezorgen, moesten deze tot aan den hals toe in een heet bad dat geleidelijk van 38° C. op 45° C. werd gebracht. Volgens Engwer moesten zij daarin 1 uur blijven. Schulz vertelt dat de kinderen een dergelijk bad nauwelijks 20 minuten kunnen volhouden. De kinderen zijn op het laatst niet meer te houden, zij worstelen om het bad uit te komen, hebben het verschrikkelijk benauwd, worden cyanotisch. Zij krijgen een snelle pols, kunnen collabeeren of clonische krampen krijgen.

Ook Lade schreef in denzelfden geest. Echte vulvovaginitis genorrhoica kon hij er niet mede genezen. De lichte gevallen van vulvovaginitis katarrhalis wel, deze zijn echter op veel minder gevaarlijke wijze met succes te behandelen. Ergo de de „Fiebertherapie" verdient volgens hem niets dan afkeuring.

Een feit blijft het echter dat gonococcen bij een matig hooge temperatuur gedood of ernstig geschaad kunnen worden. Een temperatuur die de slijmvliezen en weefsels waarop of waarin de gonococcen doordringen, zonder schade kunnen verdragen. Het is dus volkomen logisch om te trachten op de een of andere wijze dit gegeven te benutten.

Na bovengenoemde mededeelingen over de „Fiebertherapie" is het duidelijk dat wij deze barbaarsche methode niet toepasten. Wij zonnen op een ander middel om de noodige temperatuursverhooging te verkrijgen. De diathermie scheen ons daarvoor bij uitstek geschikt.

Kraft en ten Doeschate pasten de diathermie met succes reeds toe bij behandeling van hardnekkige conjunctivitis gonorrhoica, ook in de oogenkliniek van Prof. Zeeman werd zij een enkele maal aangewend.

Schmidt e.a. pasten de diathermie toe bij de geboorte der volwassenen. Het spreekt vanzelf dat wij met de grootste voorzichtigheid expirimenteerden.

De eerste proeven werden genomen op doodgeboren kinderen en toen wij bij herhaalde proefneming zagen dat wij geen leasies teweegbrachten werd met therapeutische aanwending bij kinderen begonnen.

Aanvankelijk slechts een tot twee minuten werden de kinderen iedere volgende zitting langer bestraald toen bleek dat zij zonder schade aldus behandeld konden worden.

Over de techniek het volgende.

Iedere electrische stroom die weerstand ontmoet, ontwikkelt warmte. De gewone gelijk of wisselstroom prikkelt echter uitermate sterk ons zenuwstelsel, zoodat wij slechts electrische stroom van geringe energie kunnen verdragen, de omgezette warmte energie die een dergelijke stroom t.g.v. de weerstand van ons lichaam ontwikkeld is dus ook gering.

D'Arsonval ontdekte echter dat wisselstroomen van zeer hooge frequentie wel goed door den mensch verdragen worden. Wisselstroomen van een frequentie van 300000wisselingen per seconde zijn niet meer in staat om ook maar eenige spiercontractie te weeg te brengen, prikkelen onze zenuwen niet meer.

Ons zenuwstelsel is niet meer in staat stroomwisselingen van zoo hooge frequentie waar te nemen. Het verschijnsel is analoog aan het feit dat wij licht en geluid slechts kunnen waarnemen tusschen grenzen van bepaalde golflengte.

D'Arsonval nam waar dat de prikkel, uitgeoefend door een wisselstroom, steeg met het aantal wisselingen per seconde tot de frequentie bedroeg 2500—3000. Hij vond dat bij nog grooter worden van de frequentie de physiologische prikkelbaarheid kleiner werd naarmate de frequentie steeg.

Nernst wist te berekenen dat ceteris paribus de physiologische uitwerking van een wisselstroom (met groote frequentie) ongeveer omgekeerd evenredig is met de wortel uit het aantal wisselingen per seconde.

Aardig werd de juistheid van deze theorie door d'Arsonval toegelicht, doordat hij in een stroom van „haute fréquence" twee proefpersonen bracht die een rij gloeilampen met de eene hand tusschen zich inschakelen met de andere hand ieder een pool vasthielden. De gloeilampen gaven wit licht zonder dat de proefpersonen ook maar de geringste electrische prikkeling konden waarnemen.

In de Vrouwenkliniek maakten wij gebruik van het diathermie apparaat „Penetrothrem". De stroomsterkte laat zich voor dit toestel zeer nauwkeurig regelen met het pedaal. De stroomsterkte door ons aangewend bedroeg 1 à1,2 apère. Een dunne thermometer naast de vaginale pool in de vagina gebracht controleert de aldaar bereikte temperatuur. Zonder dat het kind iets bespeurde was de temperatuur opgevoerd tot 42 à 43° C.

Wordt de temperatuur te hoog (men moet er wel aan denken de thermometers zoo diep mogelijk in de vagina te steken) dan is het voldoende om het pedaal iets minder diep in te trappen, om onmiddellijk daling van de temperatuur te verkrijgen.

Na eenige oefening, die wel voor ieder toestel opnieuw zal moeten worden verkregen is voortdurende controle met de thermometer niet noodzakelijk.

Zoodra de temperatuur te veel oploopt worden de kinderen onrustig en aan den anderen kant als de temperatuur te laag zou zijn bemerkt men dit aan de ampèremeter die voortdurend te weinig stroomsterkte aangeeft.

Onze ervaring is nog slechts van korten duur en betreft slechts 5 gevallen. Deze kinderen waren reeds meerdere malen elders of in de vrouwenkliniek behandeld zonder resultaat.

Bij een dezer kinderen was reeds na de 4e bestraling geen enkel teeken van vulvovaginitis meer aanwezig, de kinderlijke uitvloed die 2 jaren bestond was verdwenen. Bij drie andere kinderen verminderde de afscheiding na enkele zittingen eenigszins en werden wel is waar de gonococcen niet meer aangetoond, de afscheiding bleef ook na de 6e bestraling profuus. Een der aldus behandelde patiëntjes had nog een zusje met vulvovaginitis gonorrhoica waarbij echter de oude therapie werd toegepast. De moeder vroeg ons herhaaldelijk nu het zusje met de nieuwe methode te behandelen. Dit was echter een zeer nerveus onrustig meisje, dat zich iedere keer opnieuw verzette tegen het inbrengen van een protargolstaafje. Bij dit kind vreesden wij veel tegenkanting bij het inbrengen der electrode Is het kind niet rustig dan is verwonden van de vulva natuurlijk mogelijk. Grooter gevaar

is echter dat, indien het kind — als de stroom is ingeschakeld — niet stil blijft liggen, de huidelectrode niet goed meer aansluit. In welk geval het kind zich zou kunnen branden.

Alleen is dus de diathermie zonder gevaar toe te passen bij kinderen die rustig en stil blijven liggen. Men moet de gevallen er voor weten uit te kiezen en de eerste keer slechts kort en weinig intensief bestralen (hoogstens 3 minuten). Voor een volgende keer zijn de kinderen dan niet bang meer, zij weten dat het geen pijn doet en zijn volmaakt rustig. Onze ervaring is zooals ik reeds mededeelde slechts van korten duur en het zou dwaas zijn nu reeds victorie te roepen, zij stemt echter hoopvol voor de toekomst en moedigt zeker aan om op den ingeslagen weg voort te gaan.

Ten slotte wat moet nu de te volgen gedragslijn zijn bij de behandeling der vulvovaginitis gonorrhoica. Van de z.g. droge therapie bij vulvovaginitis zag professor van Rooy geen gunstige resultaten, Dr. v. d. Valk evenmin.

Het inblazen van het poeder in de vagina geschiedt met een zeer fijn buisje. Dit moet zeer snel plaats hebben. Gelukt dit niet dan wordt het buisje vochtig, het poeder klontert te samen en wordt niet meer over de geheele vaginaalwand verspreid. Juist in het samenklonteren schuilt het groote bezwaar dat deze behandeling aankleeft. De grootere klonten poeder blijven vlak achter het hymen liggen, sluiten de vagina. Secreet komt niet meer te voorschijn doch hoopt zich achter het poeder in de vagina op.

Moeilijk is uit te maken welk chemisch praeparaat het meest geschikt is voor het bereiden der irrigatievloeistoffen. Vele middelen worden aanbevolen door artsen van naam en door andere bekende geneesheeren met evenveel argumenten weer verworpen. Zoo is het ook gesteld met de talrijke in den handel gebrachte gonococcen vaccins.

Vergelijken wij nu de verkregen resultaten in de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek met statistieken van andere klinieken, dan zijn de resultaten van de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek zeker niet slechter dan elders, integendeel in meerdere gevallen zelfs beduidend beter.

Op een serie van 244 kinderen genazen 126 kinderen na behandeling van 8 weken en bleek binnen het half jaar 90 pCt. genezen.

Gegrond op deze ervaring bevelen wij de volgende behandelingsmethode aan.

Beginnen met de eenvoudigste therapie, d.w.z. bestaande uit 3 maal daagsche uitwendige reiniging der vulva met kaliumper-

mangaan 1/4000 + 3 × per week een staafje protargol 5 pCt.—10 pCt.

Na 6 weken een nakuur met 3 × per week irrigaties met nitras argentie 2 pCt. waarbij de vulva na iedere irrigatie goed afgedroogd wordt en ingepoederd wordt met dermantolpoeder, vasenolpoeder of talkpoeder met 4 pCt. salicylzuur.

Inplaats van nitrasargentie is ook zeer goed te gebruiken waterstofsuperoxyd in 3 pCt. oplossing.

Is het kind niet genezen dan wordt de kuur herhaald, ditmaal met cholevalspoelingen 1 pCt. stijgend tot 3 pCt. Bovendien de vaccinotherapie toegepast onder nauwkeurige controle echter van de lichaamstemperatuur. Bedrust gedurende minstens 14 dagen is daarbij zeer aan te bevelen.

Mislukt ook deze tweede kuur, dan komt de diathermie in aanmerking. Is de afscheiding gering, zijn er weinig klachten, dan schijnt ons de diathermie nog niet direct aangewezen en kan men de moeder den raad geven eerst nog een tijdje het geval aan te zien en alleen dagelijksch met een zwak antisepticum de vulva reinigen (hetzij sol perm. kal. 1/4000, chloorzink ¼ pCt., Sulfaszinci ½—¼ pCt. etc.).

Inmiddels moet men niet vergeten dat men niet in de eerste plaats de zieke vulva en vagina behandelt doch het zieke kind.

Ieder locale behandeling vestigt de aandacht der kinderen op de genitaliën, kan, al zal dit bij voorzichtig doch resoluut handelen wel zelden gebeuren, ongewenschte prikkeling geven (vooral bij het oudere meisje) en mogelijk het kind moreel schaden. Anderzijds is het mogelijk dat een langdurige vulvovaginitis gonorrhoica de genitaliën ook voor de toekomst niet onbelangrijk kan schaden.

Bij de in te stellen therapie heeft men rekening te houden met deze groote gevaren.

Schematisch kan men daarbij niet te werk gaan. Ieder geval staat op zich zelf en men dient ook het karakter van zijn patientje goed te observeeren.

Alleen zoo zal het mogelijk zijn tusschen Scylla en Charibdis door te zeilen.

Professor Van Rooy wijst bovendien op nog een gevaar dat schuilt in al te rigoureuze therapie. Hij acht het niet onmogelijk dat door b.v. behandelen van een cervicitis gonorrhoica bij kinderen met cauteriseerende oplossingen deze „therapie" eerder de kans op steriliteit zal vermeerderen dan verminderen.

Na deze beschouwing zal het wel duidelijk zijn dat in de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek nimmer de cervicitis locaal behandeld werd. De diathermie slechts gebruikt werd voor zeer hardnekkige en met zorg uitgekozen gevallen.

HOOFDSTUK IV.

De gevolgen van vulvovaginitis gonorrhoica voor het meisje in haar later leven, als zij tot volwassene vrouw is geworden.

In 1920, toen Professor v. Rooy mij dit onderzoek opdroeg, was in de litteratuur niets te vinden aangaande een dergelijke studie.

Hij achte dit een leemte en stelde tot mijn beschikking het groote materiaal van de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek om te trachten deze leemte aan te vullen.

Bovendien kon ik ook gegevens putten uit de kliniek van Professor Mendes da Costa.

Uit deze beide klinieken zocht ik bijeen de ziektegeschiedenissen van 10 tot 25 jaar geleden over vulvovaginitis infantum gonorrhoica.

De namen en voormalige adressen werden gezonden aan het Bevolkingsregister te Amsterdam. Aldaar was men zoo welwillend mij voorzoover dit mogelijk was de tegenwoordige adressen der patiënten te verschaffen.

Op deze wijze gelukte het 163 adressen te bemachtigen van vrouwen en meisjes die in hun kinderjaren aan vulvovaginitis gonorrhoica hadden geleden.

Deze werden per briefje opgeroepen om zich aan te melden in de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek voor een onderzoek.

Vijftig gaven aan deze oproeping gehoor.

Bij dit na-onderzoek stelden wij ons de volgende vragen.

1o. Waren de patiënten nog gonococcen-draagsters?
2o. Hoe was het steriliteitspercentage? Zou dit abnormaal hoog zijn?
3o. Hadden de patienten abnormaal veel last van witte vloed?
4o. Leden vele aan menstruatie-stoornissen?
5o. Zouden er onder de patiënten vele zijn met afwijkingen aan de genitaliën, b.v. ontwikkelingsstoornissen of wel resten van oude ontstekingsprocessen?
6o. Hoe verliep bij de patienten — zoo zij nog zwanger konden worden — de zwangerschap, de baring en het kraambed?

7o. Hoe ging het met de kinderen die deze vrouwen baarden? Werden deze kinderen door de moeder geïnfecteerd?

Gonococcendraagsters.

Gonococcendraagsters werden onder de na-onderzochte patienten niet gevonden, ook niet bij herhaald onderzoek en evenmin na provocatie gelukte het ook maar eenmaal gonococcen aan te toonen.

Ook was er onder de vrouwen die reeds gecohabiteerd hadden geen enkele te vinden die daarbij den man hadden geïnfecteerd.

In geen enkel geval waren er goede redenen aanwezig om het voortbestaan van een gonorrhoische ontsteking aan te nemen.

Steriliteit.

Voor het steriel zijn van een huwelijk worden vele redenen opgegeven, zooals o.a. syphilis, diabetes, nierlijden, intoxicaties, physieke en psychische uitputting.

Naast deze algemeene, gelden nog als locale oorzaken voor de vrouw de congenitale atresiën en verkregen atresiën (t.g.v. ontstekingsprocessen en verbrandingen) functioneele atresiën (vaginismus), abnorme resistensi van het hymen.

Van de zijde van den man kent men behalve onstekingsprocessen en ontwikkelingsstoornissen nog de impotentia coundi en de an- en oligospermie. Onder al deze oorzaken echter neemt de gonorrhoe een zeer voorname plaats in. Noeggerath b.v. was van meening dat niet minder dan een 1000000 huwelijken in Frankrijk sterriel bleven t.g.v. gonorrhoe, dat 50 pCt. van alle steriele huwelijken te wijten waren aan een gonorrhoische ontsteking.

Polak vond op een serie van 789 steriele huwelijken dat in 400 gevallen de oorzaak der steriliteit gelegen was in een gonorrhoische infectie van de vrouw.

Bumm acht deze voorstelling overdreven, hij zag meermalen vrouwen, die eens aan gonorrhoe leden, daarna meerdere malen gezonde kinderen baren, ook Prof. v. Rooy nam dit meer dan eens waar.

Dit neemt echter niet weg dat iedereen en ook Bumm en v. Rooy erkennen dat de gonorrhoe een groote rol speelt bij de aetiologie der steriliteit.

Het was dan ook niet te verwonderen dat vele het vermoeden uitspraken dat vulvovaginitis gonorrhoica infantum steriliteit tengevolge kon hebben. Zeer benieuwd waren wij dus wat ons onderzoek hieromtrent zou leeren.

Aanvankelijk scheen het vermoeden der oudere klinici niet bewaarheid te zullen worden. Integendeel! Reeds onder de eerste patienten die zich voor het onderzoek aanmeldden waren gravidae en zelfs meerdere multiparae ondanks het nog maar kleine aantal huwelijksjaren. Naarmate zich het onderzoek echter uitbreide werd het duidelijk dat het in den beginne relatief zoo groot aantal gehuwden met kinderen toeval was geweest en bleek ten slotte het percentage sterile huwelijken hooger te zijn dan normaal.

Aangenomen wordt dat 10 pCt. der huwelijken steriel zijn. (v. Rooy, v. d. Hoeven, Pankow, Gray Ward e.a.). Onder een steriel huwelijk wordt verstaan een huwelijk dat na het derde huwelijksjaar nog kinderloos is.

Onder de vrouwen die zich voor het na-onderzoek aanmeldden waren er 17 gehuwd. Van deze 17 huwelijken waren er 9 kinderloos, onder deze 9 huwelijken waren er echter drie waarbij de vrouw gravida was voor de eerste maal.

De overblijvende 8 huwelijken telden te samen 12 kinderen. Het gezamenlijk aantal huwelijksjaren was 54.

Onder de 6 kinderlooze huwelijken waarbij de vrouw ook niet gravida was duurden er 3 langer dan 3 jaar, deze waren dus steriel of 17,7 pCt.

De 6 kinderlooze huwelijken waren:

H.M. 8.
Pat is 23 j. oud. Aantal huwelijksjaren 4 aantal kinderen 0

H.M. 16.
Pat. is 23 j. oud. „ „ 3 „ „ 0

H.M. 19.
Pat. is 23 j. oud. „ „ 5 „ „ 0

H.M. 21,
Pat. is 23 j. oud. „ „ 2 „ „ 0

H.M. 24.
Pat. is 25 j. oud. „ „ 2 „ „ 0

H.M. 38.
Pat. is 24 j. oud. „ „ 2 „ „ 0

Met behulp van het bevolkingsregister kon ik nog voldoende gegevens verzamelen van 23 gehuwde vrouwen die in hun kinderjaren aan vulvovaginitis geleden hadden en geen gevolg hadden gegeven aan mijn oproep voor een na-onderzoek.

Onder deze 23 huwelijken waren er 5 kinderloos en daaronder weer 3 steriel (nog kinderloos na respect. 9, 8 en 4 huwelijksjaren.

Zoo beschikte ik dus over gegevens aangaande 40 huwelijken

(17 + 23). Van deze huwelijken waren er 11 kinderloos of 27,5 pCt. Hieronder waren echter 5 huwelijken die nog geen 3 jaar duurden en dus nog niet als steriel beschouwd mogen worden, dus (11 — 5 =) *6 huwelijken waren steriel of 15 pCt.*

Beschouwen wij de kinderloozen huwelijken nader dan duurden 4 hiervan reeds 2 jaren. Waarschijnlijk zullen onder deze kinderlooze huwelijken ook nog wel sterile huwelijken schuilen. Mogelijk zal over enkele jaren het steriliteitscijfer hooger blijken dan 15 pCt. b.v. 8 op 40 of 20 pCt.

Bij een beschouwing over steriliteit t.g.v. een vroeger doorgemaakte vulvovaginitis gonorrhoica dienen wij echter na te gaan en rekening te houden met steriliteit tengevolge van het gebruik anticeptioneele middelen. In geval H.M. No. 24 geeft de vrouw uitdrukkelijk te kennen dat zij noch haar man kinderen wenschen en zij steeds „voorbehoedmiddelen" hebben aangewend bij de samenleving.

Van de 23 gehuwde vrouwen die niet aan onze oproep gehoor gaven en ik de gegevens kreeg van het Bevolkingsregister kon ik een die 8 jaar gehuwd was en geen kinderen had, nog te spreken krijgen. Zij wilde zich niet laten onderzoeken omdat zij nergens last van had en kinderen had zij niet en wilde zij ook niet hebben, bij de samenleving werden steeds voorbehoedmiddelen gebruikt.

Anderzijds echter zijn onder de algemeen aangenomen 10 pCt. voor sterile huwelijken ook die begrepen waar de steriliteit het gevolg is van anticonceptioneele middelen, zoodat men door eenvoudige vergelijking der beide cijfers nog geen betrouwbare conclusie kon trekken voor de gevolgen van vulvovaginitis genorrhoica.

Bovendien wordt in den laatsten tijd betwijfeld of de algemeen aangenomen 10pCt. voor sterile huwelijken wel juist tengevolge van het veelvuldig gebruik van anticonceptioneele middelen het steriliteitscijfer gestegen is. In ieder geval is het gevonden steriliteitspercentage aan den hoogen kant en houden wij ons aan de nog algemeen geldende 10 pCt. voor het normale steriliteitspercentage dan hebben dus *meisjes die in hun jeugd lijden aan vulvovaginitis genorrhoica later anderhalf maal meer kans dan andere meisjes om steriel te blijven.*

De overgroote meerderheid der vrouwen en meisjes die als kind leden aan vulvovaginitis gonorrhoica klaagden over witte vloed of hadden er gedurende meerdere jaren last van gehad.

Soms was de witte vloed in de kinderjaren, die volgden op den tijd waarin zij behandeld werden, geleidelijk verminderd. Verdween in de puberteitsjaren nagenoeg geheel om echter ge-

leidelijk aan in de eerste maanden van het huwelijk opnieuw te voorschijn te komen.

Slechts 4 patienten hadden voor zoover zij zich konden herinneren nooit last van witte vloed gehad.

Op een serie van 50 patienten hadden er 17 veel last van witte vloed, 16 klaagden over tamelijk veel afscheiding, 15 hadden weinig afscheiding (op het tijdstip van het onderzoek).

Het vaginale secreet werd steeds microscopisch onderzocht en naar de reinheidsgraad verdeeld in 4 groepen. (Deze verdeeling is van Manu af Heurlin van Helsingfors, een methode die ook nagenoeg ongewijzigd is overgenomen door Schroeder en Loeser).

De eerste reinheidsgraad (R I) is die waarbij in het praeparaat slechts epitheelcellen en Doederleinstaafjes worden gevonden. (Deze staafjes zijn meestal Gram +, kunnen echter een enkele maal ook Gram negatief zijn.)

De tweede reinheidsgraad is die, waarbij in het praeparaat behalve epitheelcellen Doederleinstäbchen ook andere microorganismen worden gevonden (in de eerste plaats een gramnegatieve coccensoort die in groepeering veel gelijken op staphylococcen en zeer veelvuldig voorkomen). Ook worden enkele leucocyten aangetroffen, het aantal epitheelcellen is echter veel grooter.

De derde reinheidsgraad (R III) is die waarbij talrijke diplococcen, staphylococcen en ook wel streptococcen aanwezig kunnen zijn en talrijke andere microorganismen, er zijn veel leucocyten, weinig epitheliën.

De vierde reinheidsgraad (R IV) is die waarbij het praeparaat alleen ettercellen en micro-organismen bevat.

Van onze patiënten behoorden het praeparaat

in 40 pCt. tot de eerste reinheidsgraad.
„ 28 „ „ „ tweede „
„ 42 „ „ „ derde „

Een verdeeling naar de hoeveelheid afscheiding was als volgt:

30 pCt. had weinig afscheiding.
32 „ „ tamelijke „
38 „ „ veel „

Schroeder vond voor een serie van 180 patiënten die achtereenvolgens zijn spreekuur bezochten dat zij behoorden:

in 39 pCt. tot de eerste reinheidsgraad.
„ 19 „ „ „ tweede „
„ 32 „ „ „ derde „

Een verdeeling naar de hoeveelheid afscheiding was als

volgt:

53 pCt. had weinig afscheiding.
33,5 „ „ matige „
13 „ „ veel „

Men dient wel in het oog te houden dat de laatste cijfers niet gelden voor normale vrouwen doch voor vrouwen die het spreekuur van een gynaeoloog bezochten en dus voor de meerderheid der gevallen ook aan gynaeologische afwijkingen leden.

Het eenige wat een vergelijking van deze cijfers met de cijfers van onze patiënten leert is, dat het percentage met profuse afscheiding zeer hoog is bij de vrouwen die vroeger leden aan vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Onder onze patiënten zijn er 38 pCt. met profuse afscheiding, onder Schroeder's patiënten zijn er slechts 13 pCt. met profuse afscheiding.

Dysmenorrhoe.

Merkwaardig was het dat zoovele vrouwen die leden aan witten vloed ook klaagden over ernstige menstruatiestoornissen.

Onder de 50 patiënten waren er 6 die nog niet mentrueerden wegens te jeugdigen leeftijd.

Onder de 44 resteerende patiënten waren er 16 zonder klachten over noemenswaardige menstruatiestoornis, 28 patiënten met menstruatiestoornissen.

Van de 28 patiënten waren er 14 met veel afscheiding, 10 met matige afscheiding, 4 met weinig afscheiding.

Onder de 16 patiënten met geen of nagenoeg geen menstruatiestoornissen waren er 5 met veel afscheiding, 3 met matige afscheiding, 8 met weinig afscheiding.

Zooals wij zagen hadden op een serie van 44 patiënten er 16 geen of nagenoeg geen menstruatiestoornissen, 28 leden er wel aan.

Van deze 28 waren er 6 met lichte stoornissen, 22 met ernstige menstruatiestoornissen. Dus:

34 pCt. zonder stoornis.
16 pCt. lichte stoornis.
50 pCt. met matige tot ernstige stoornissen.

Vergelijken wij deze cijfers nu eens met die voor normale vrouwen, dan vinden wij voor deze laatsten pl.m. 70 pCt. zonder noemsnwaardige klachten, pl.m. 30 pCt. met menstruatie-

stoornissen. Hetgeen een belangrijk verschil geeft met de bij onze patiënten gevonden cijfers.

Uit de dissertatie van Jeanne Knoop konden wij berekenen dat op een serie van:

37 verpleegsters 26 of of 70 pCt. zonder stoornis
550 meisjes studenten 380 of 69,1 pCt. zonder stoornis
161 meisjes v. d. huishoudscholen 116 of 71,9 pCt. zonder stoornis waren.

Dr. Mary Hodge berekende uit een groote serie gevallen dat 68,8 pCt. der meisjes van middelbare scholen zonder menstruatiestoornissen waren.

Novak vond andere cijfers, hij vond slechts 58 pCt. geheel zonder klachten, 5, 8 pCt. lijdende aan ernstige stoornis.

Onder ernstig gestoorde menstruatie rekende ik die gevallen waarbij de vrouw klaagde over abnormaal bloedverlies waarbij zij „stukken verloor" of wel dat zij klaagde over hevige pijn, in ernstige gevallen zoo hevig dat zij een of meerdere dagen gedwongen werd rust te nemen.

Uit de medegedeelde cijfers blijkt duidelijk dat het percentage van onze patiënten dat lijdt aan menstruatiestoornissen zeer hoog is — en indien men de cijfers van Jeanne Knoop voor Nederland als de meest juiste mag aannemen — bij onze patiënten tweemaal te hoog is.

Onze patiënten lijden dus veel meer dan andere vrouwen aan menstruatiestoornissen en aan hinderlijke afscheiding. Is het nu zoo heel gewaagd deze afwijkingen in verband te brengen met de vroeger doorgemaakte vulvovaginitis gonorrhoica? Ik meen van niet. Immers bij de chronische gonorrhoe der volwassen vrouwen zijn juist profuse afscheiding en pijnlijke en profuse menstruatie „de" klachten.

John Osborn Polak schrijft in de „Gynecological and Obstetrical monographs" anno 1921: „The most constant symptom of chronic gonorrheal endometritis and endocervicitis is the leucorrhoea. Congestive dysmenorrhoe is common symptom."

K. Meyer beschreef in de „Schweiz. Med. Wochenschr." 1921, No. 42 (refer. „Zentr. bl. f. Gynakologie" No. 32 1922) een geval van een gonorrhoische ontsteking bij een volwassen vrouw, die met zeer hevige verschijnselen gepaard ging, doch in korten tijd den geheelen tractus genitalis doorliep, via de tubae tot aan het bekken peritoneum toe. Groote palpatorische veranderingen bleven niet achter, wel een zeer hevige en hardnekkige witte vloed, die iedere therapie trotseerde en jarenlang bleef voortduren. Deze fluor was geen symptoom meer volgens Meyer van een infectieus proces, maar eenvou-

dig het gevolg van een hypersecretie van het slijmvlies. In het secreet bevonden zich microben „mit bloszem saprophytismus". De hypersecretie van het slijmvlies was alleen toe te schrijven aan een abnormale ovarieele functie en deze was weer het gevolg van de vroeger doorgemaakte gonorrhoische ontsteking.

Na verwijdering van de beide ovaria was de patiënt van haar klachten bevrijd.

Heeft bovengenoemde ziektegeschiedenis geen treffende overeenkomst met vele van de door ons medegedeelde ziektegeschiedenissen? In beide gevallen een gonorrhoische ontsteking en in aansluiting daaraan een jarenlang durende alle therapie trotseerende fluor waarin in hoofdzaak slechts saprophyten, en geen vidulente bacteriën aanwezig zijn.

Meyer kon aantoonen dat in zijn geval de klachten te wijten waren aan abnormale ovarieele functie en zich tevens beroepen op de meening van Labhardt e.a.

Wij achten het nu in aansluiting aan Meyer's publicatie zeer goed mogelijk dat ook bij onze patiënten t.g. van de doormaakte gonorrhoische ontsteking dusdanig veranderingen kunnen optreden.

Atresiën, ontwikkelingsstoornissen, resten van oude ontstekingsprocessen.

Atrestiën of brides werden in geen enkel geval gevonden. Wij hadden dit niet verwacht, aangezien als een der oorzaken voor verkregen atresiën algemeen wordt aangenomen de vulvovaginitis infantum gonorrhoica. 36 Vrouwen lieten zich bimanueel onderzoeken. 8 Patiënten hadden verdikte en drukpijnlijke tubae. Een meisje van 17 jaar had rechts een vingerdikke tuba, links een potlooddikke tuba, beide waren drukpijnlijk. Patiënt was echter geen virgo meer, ontkende echter de mogelijkheid van gonorrhoische infectie door cohabitatie.

Wij meenen echter niet het recht te hebben deze dubbelzijdige adnexitis met zekerheid aan de vroeger doorgemaakte vulvovaginitis gonorrhoica te mogen toeschrijven.

Ook in de andere gevallen met palpabele adnex afwijkingen hadden de vrouwen reeds gecohabiteerd, zoodat wij in geen enkel geval met zekerheid konden aannemen dat de gonorrhoische ontsteking uit de kinderjaren de oorzaak was. In een geval vonden wij behalve een adnexitis duplex ook nog een retroflexio uteri fixata.

In 5 gevallen hadden de vrouwen vage onderbuiks-klachten en was bimanueel geen enkele afwijking te constateeren.

In twee gevallen (H. M. 16 en 38) schijnt er duidelijk een verband te bestaan tusschen de doorgemaakte vulvovaginitis gonorrhoica en de later optredende klachten.

De vrouw uit Hist. Mort. 16 heeft als kind een vulvovaginitis gonorrhoica doorgemaakt in hevigen graad (er traden complicaties op als conjunctivitis gonorrhoica en peritonitis). Bij het na-onderzoek werd gevonden een potlooddikke linker tuba, adnexen beiderzijds drukpijnlijk. Patiënt leed aan profuse en pijnlijke menstruatie, was 3 jaar gehuwd en had geen kinderen, hoewel man en vrouw beide gaarne kinderen hadden.

Eenigszins analoog is het geval in H. M. No. 38 vermeld. Ook deze vrouw leed in haar kinderjaren aan een vulvovaginitis gonorrhoica, die gecompliceerd werd door een peritonitis. Adnexa waren ook hier beiderzijds palbabel. De vrouw had een profuse menstruatie, was 2jaar gehuwd en had niet zwanger kunnen worden.

In twee gevallen was het corpus uteri zeer klein, in een geval ook duidelijk relatief klein t. o. z. van de cervix en lag bovendien in scherpe anteflexie, dus een typisch voorbeeld van een uterus infantilis.

Zwangerschap, baring en kraambed.

Voorzoover was na te gaan verliep de zwangerschap en baring steeds ongestoord. Slechts in 1 geval was het kraambed gestoord.

De kinderen door deze vrouwen gebaard waren geheel normaal en werden niet geïnfecteerd, geen enkele kreeg een conjunctivitis gonorrhoica of een vulvovaginitis gonorrhoica.

Deze stoornis was echter gering, n.l. enkele dagen lichte temperatuursverhooging zonder klachten. (Hoogste temperatuur 37,8° C. oksel).

Korte samenvatting.

Uit ons onderzoek bleek dus dat onder de patiënten vroeger behandeld in de Vrouwenkliniek en in de Dermatologische kliniek voor vulvovaginitis gonorrhoica infantum geen gonococcendraagsters meer aanwezig waren.

De gonococcen, die de vulvovaginitis veroorzaakten, zijn geheel verdwenen. De gonorrhoe verdwijnt dus steeds, hetzij

na weken, hetzij dit eerst geschiedt na vele maanden. Het kind echter is daarmede nog niet altijd genezen, de gonorrhoe weliswaar houdt op te bestaan, *de gevolgen van de gonorrhoische ontsteking kunnen blijvend zijn.*

Restitutio ad integrim treedt niet altijd op, ernstige blijvende afwijkingen zijn mogelijk (zooals minderwaardige tubae en ovaria, adhaesies met de omliggende organen, retroflexio uteri fixata enz.) Gelukkig zijn grootere afwijkingen zeldzaam. De voornaamste palpatorische afwijking bij een onzer patiënten gevonden was een retroflexio uteri fixata met een verdikte linker tuba. Met zekerheid was deze afwijking echter niet aan de vroeger doorgemaakte vulvovaginitis gonorrhoica toe te schrijven.

Veel belangrijker dan het aantal palpabele afwijkingen was het aantal vrouwen en meisjes die leden aan menstruatiestoornissen. Niet minder dan 66 pCt. van de patiënten hadden een gestoorde menstruatie. Volgens Jeanne Knoop is dit percentage onder meisjes studenten, verpleegsters etc. niet meer dan 30 pCt.

Ook klaagde een opvallend groot aantal der meisjes en vrouwen over last van witte vloed en wel 70 pCt. Volgens Schroeder is het aantal vrouwen met weinig of geen last van witten vloed minstens 53 pCt., onder onze patiënten was dit percentage niet meer dan 30 pCt.

Ook het percentage sterile huwelijken bleek bij onze patiënten verhoogd. Mogelijk is echter dat het z.g. normale steriliteitspercentage van 10 pCt. langzamerhand zal blijken te laag te zijn, zoo ook de 30 pCt. menstruatiestoornissen volgens de dissertatie van J Knoop.

Om echter niet te veel in het land der hypothesen te verdwalen willen wij voorloopig ons aan bovengenoemde cijfers nog houden en dan kunnen wij het resultaat van het onderzoek in het kort aldus formuleeren.

Hoe ook behandeld, de vulvovaginitis gonorrhoica geneest op den langen duur steeds.

Het meisje echter niet altijd. De gevolgen door de gonorrhoische ontsteking in het kinderlijke genitaalapparaat somtijds teweeg gebracht, kunnen blijvend zijn. Een meisje dat als kind lijdt aan vulvovaginitis gonorrhoica heeft anderhalf maal meer kans dan een ander kind om later kinderloos te blijven en tweemaal meer kans om te lijden aan menstruatiestoornissen.

Naschrift.

Achteraf bleek ons dat ongeveer gelijktijdig met ons een

dergelijk onderzoek ook verricht werd in Zweden door Dr. Gerda Kjellberg van het St. Göran hospitaal te Stockholm. Zij heeft dit onderzoek met groote nauwkeurigheid gedaan.

Oogenschijnlijk is er een groot verschil in het resultaat wat betreft het door haar en door ons gevonden steriliteitspercentage.

„De mes 14 mariages 8 sont sans enfants, c'est-à-dire 57 pCt." Onmiddellijk hierop laat zij volgen: „Comme chiffre de comparaison, Giles dans son travail sur la stérilité chez les femmes, trouve *22,2* pCt. de stérilité parmi les patiëntes mariées de gynécologues. Il donne comme chiffre de stérilité parmi la classe ouvrière en Angleterre environs 10 pCt. et dans les classes mieux situées 16 pCt."

Men zal hieruit dus lezen, dat de door haar opgegeven 57 pCt., bedoeld is als steriliteitspercentage en dat dus 8 van de 14 door haar onderzochte huwelijken kinderloos waren na een huwelijksduur van minstens 3 jaren.

Dit is echter niet het geval. Van de 8 door haar vermeldde huwelijken waren er slechts 3 steriel in den zin die wij daaraan hechten. Bij een van deze vrouwen was bovendien totaal exstirpatie verricht van uterus en adnexa, wegens dubbelzijdige ovariaalcysten!

Wij meenen dit geval te moeten uitsluiten bij een onderzoek naar de gevolgen van vulvovaginitis gonorrhoica (H. M. No. 13).

En nu de overblijvende 5 kinderlooze huwelijken (H. M. 4, H. M. *22*, H. M. *32*, H. M. *33*, H. M. 36. Geen dezer huwelijken duurde 3 jaren of langer.

Het geval vermeld in H. M. *32* betrof een kinderloos huwelijk dat nauwelijks een jaar duurde en waarbij de vrouw bij het onderzoek bleek te zijn gravida (Menses VII n.b.!)

Volgens den maatstaf toegepast bij onze patiënten zou dus het aantal sterile huwelijken bij de door Kjellberg onderzochte patiënten niet zijn 8 op 14, doch *2* op 13 of hoogstens 3 op 14. Zoodat het verschil met het steriliteitspercentage door ons gevonden gering mag worden genoemd (*2* à 3 op 13 à 14 huwelijken Kjellberg en 6 op 40 door ons gevonden).

Verder dan wij is Gerda Kjellberg gegaan bij haar onderzoek wat betreft de gevolgen die de vulvovaginitis kan hebben voor het uterusslijmvlies. Onder de na-onderzochte personen werden er 8 door haar poliklinisch gecuretteerd. In deze gevallen vond zij een klierarm slijmvlies. „Le degré de ces altérations est different dans chacun de ces cas, mais il y a

un trait commun à tous, c'est que le changement du stroma et tissu conjonctif est si avancé qu'on peut supposer que ceci est arrivé à un moment très précoce du développement de ces organes; il me semble donc légitime de supposer que ces altérations ont un rapport avec la gonorrhée de l'enfance."

Deze beschouwing is geheel in overeenstemming met de door ons gestelde hypothese.

Een zeker bewijs schijnt mij echter nog niet geleverd, in de eerste plaats omdat in geen dezer 8 gevallen is vermeld dat de patiënt was een virgo intacta. Integendeel, niet minder dan 6 patiënten van de 8 die gecuretteerd werden gaven toe geregeld te cohabiteeren, en 3 hiervan zelfs met meerdere mannen.

Een tweede bezwaar is dat bij het path. anat. onderzoek van het gecuretteerde slijmvlies niet steeds bovenvermeldde slijmvliesatrophie werd gevonden doch ook gevallen (het aantal hiervan wordt niet aangegeven) van slijmvlieshypertrophie, n.l. in de gevallen waarbij „l'examen a montré que la grandeur de la matrice se trouvait dans le voisinage ou au-dessons de la limite inférieure de la grandeur de l'uterus. Là où on a pu faire l'examen anatomo-pathologique on a également trouvé des abondantes formations polypeuses".

Zoodat summa summarum zij vond in een 8-tal gevallen meer of mindere slijmvliesatrophie. Daarnaast echter ook gevallen met slijmvlieshypertrophie en poliepvorming. Geen dezer vrouwen was een virgo intacta, het meerendeel erkende geregeld te cohabiteeren, voor een deel echtelijk, voor een deel buitenechtelijk, stonden dus bloot aan infectiekansen.

Hoewel wij het zeer goed mogelijk achten dat genoemde slijmvliesafwijkingen het gevolg zijn van de in de kinderjaren doorgemaakte vulvovaginitis gonorrhoica, schijnt ons het bewijs door bovengenoemde curettages niet geleverd. Zelf deden wij dit onderzoek niet aangezien wij het niet geoorloofd achten een „proefcurettage" als een kleine en ongevaarlijke ingreep te beschouwen. In de Amsterdamsche Universiteits Vrouwenkliniek wordt nimmer poliklinisch gecuretteerd.

Het komt ons voor dat Gerda Kjellberg de gevolgen van de vulvovaginitis gonorrhoica wel wat al te somber schildert. Zij doet dit echter uit grooten ijver voor de goede zaak die zij voorstaat, hetgeen duidelijk blijkt uit de woorden aan het slot van haar belangwekkende studie, woorden die ook wij gaarne aan het eind van betoog willen herhalen:

„De ces cas il a été démontré dans une quantité pas peu

considerable, de la dysmenorrhée et diminution de la faculté conceptionelle ou stérilité et rien parle contre la supposition que ceci est dû à la gonorrhée subie dans l'enfance.

Mes recherches ont conplètement prouvé que la vulvovaginite n'est pas si dénée d'importance comme le prétendent certains auteurs mais qu'au contraire elle peut amener des complications sérieuses pour l'avenir non moins conséquentes au point de vue de la faculté de conception future."

TABELLEN EN ZIEKTEGESCHIEDENISSEN.

Historia Morbi No. 1.
Mejuffr de M.-v. Dr., 24 jaar.

Anamnese. Op 10-jarigen leeftijd kreeg zij last van uitvloed uit de genitaliën. Op haar 12e jaar zou zij buikvliesontsteking gehad hebben. Gedurende 3 jaren is zij met tusschenpoozen behandeld, de witte vloed was toen nog niet geheel genezen, was echter wel veel minder geworden, echter nooit geheel verdwenen.

Volgens de oude status luidde de diagnose: Vulvovaginitis gonorrhoica.

Huwelijk. Patiënt is sedert 4 jaar gehuwd. Kreeg na een jaar een abortus van pl.m. 3 maanden. Aan het einde van het 2e huwelijksjaar werd een dochtertje geboren. Kind is goed gezond, lijdt niet aan vulvovaginitis.

Bevalling en kraambed waren geheel zonder stoornis.

Na de geboorte van dit kind is de vrouw echter niet meer zwanger geworden, hoewel noch zij, noch haar man voorbehoedende maatregelen namen.

Menstruatie. De menses zijn regelmatig om de 4 weken, duren 4 à 5 dagen, niet profuus, onpijnlijk. Eerste menstruatie op 14-jarigen leeftijd.

Bimanueelonderzoek. Uterus normaal in anteflexie, beide tubae zijn juist te voelen, onpijnlijk.

Fluor Albus. Nog steeds last van witten vloed.

Micr. onderzoek. Veel epitheliën, weinig leucocyten, matig veel Gram + diplococcen en kleine Gr-coccen, Doerderleinsche staafjes. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 2.
Mej. R.-St., 28 jaar.

Anamnese. Op 18-jarigen leeftijd behandeld voor ontsteking aan de genitaliën gedurende een jaar. Volgens oude status was de diagnose vulvovaginitis gonorrhoica.

Fluor Albus was na de behandeling wel verminderd, verdween echter niet. Steeds heeft patiënt er nog last van gehad. Nooit buikklachten.

Huwelijk. Patiënt is sedert 4 jaar gehuwd, heeft twee kinderen gehad. Oudste is een meisje van 3 jaar, het is goed gezond, lijdt niet aan vulvovaginitis. Jongste kind stierf binnen het jaar aan een voedingsstoornis.

Beide bevallingen verliepen zonder stoornis, in beide gevallen was het kraambed eveneens ongestoord.

Geen abortus.

Menstruatie. Deze trad voor het eerst op op 16-jarigen leeftijd, was geregeld en onpijnlijk.

Objectief onderzoek.

Bimanueel onderzoek. Uterus en adnexa, geen afwijkingen.

Fluor Albus. Veel last van witten vloed, deze is draden trekkend, roomachtig van kleur, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veal epitheliën, geen leucocyten. Doederl. staafjes, enkele kleine coccen (Gr. +) en heel enkele groote diflococcen (Gr. +). Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 3.

Mejuffr. E. Schr.

Anamnese. Patiënt is als kind behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica.

Daarna nog steeds wat afscheiding gehouden, overigens goed gezond.

Huwelijk. Patiënt is 7 jaren gehuwd, heeft een kind, meisje van 5½ jaar. Dit meisje is goed gezond, lijdt niet aan vulvovaginitis. Na de bevalling van dit kind is patiënt nooit meer zwanger kunnen worden.

Menstruatie. Eerste menstruatie op 15-jarigen leeftijd, daarna steeds geregeld en onpijnlijk. Ook niet profuus.

Objectief onderzoek. Veel afscheiding, dradentrekkend, reactie zuur. Micros. onderzoek van het praeparaat. Enkele leucocyten, meer epitheelcellen. Fijne Gram-staafjes en Gram + diplcoccen en andere micro-organismen. R. II.

Bij inwendig onderzoek geen afwijkingen te constateeren. Uterus in anteflexie adnexa, geen afwijkingen.

Historia Morbi No. 4.

Juffr. H. Ph., 19 jaar.

Anamnese. Als kind behandeld voor fluor albus. Vanaf haar 7e jaar anderhalf jaar lang behandeld, bemerkte daarna er nets meer van. Volgens oude status vulvovaginitis gonorrhoica. Patiënt is ongehuwd.

Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 17 jaar, daarna steeds geregeld om de 4 weken, duurt 7 à 8 dagen, is profuus en de eerste dagen licht pijnlijk.

Objectief onderzoek. Non est virgo. Veel afscheiding. Praeparaat bevat bij microskopisch onderzoek epitheliën en leuco-

cyten. Weinig staafjes, veel Gram + coccen en diplococcen. Reinheidsgraad III.

Uterus ligt in retroversio-flexio fixata.

Linker tuba is gezwollen.

Gonococcen waren niet aanwezig. Konden ook na provocatie met sol. Nitrasargenti niet worden aangetoond.

Historia Morbi No. 5.

Juffr. M. Chr. S., 13 jaar.

Op 2-jarigen leeftijd behandeld voor afscheiding uit de genitaliën, zou reeds vanaf de geboorte er last van hebben gehad.

Volgens status behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Nog steeds heeft zij last van fluor albus. Nu en dan pijn in de onderbuik.

Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus. Het meisje menstrueert nog niet.

Objectief onderzoek. Niet inwendig onderzocht. Er is vrij veel afscheiding, is dradentrekkend wit van kleur. Reactie zuur. Uitstrijdpraeparaat bevat veel Doederlein-Stäbchen en kleine Gram-staafjes epitheliën en heel enkele leucocyten. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 6.

Juffr. R., 18 jaar.

Anamnese. Op 5-jarigen leeftijd behandeld voor afscheiding uit de genitaliën gedurende meerdere maanden, daarna nog niet geheel genezen, geleidelijk echter in de volgende jaren verdwenen. Nu in het geheel geen last meer van witten vloed. Geen buikklachten.

Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Geregeld iedere maand, duurt pl.m. 5 dagen, niet profuus, onpijnlijk. Eerste menstruatie 14 jaar.

Objectief onderzoek. Virgo. Onderzoek per rectum. Normale uterus in anteflexie, adnexa, geen afwijkingen. Weinig afscheiding, is dradentrekkend. Uitstrijkpraeparaat bevat epitheliën, enkele staafjes en Gram-micrococcen. Reinheidsgr. II.

Historia Morbi No. 7.

Juffr. de V., 18 jaar.

Anamnese. Op 7-jarigen leeftijd behandeld voor fluor albus (volgens status vulvovaginitis) gedurende pl.m. een jaar. Daarna afscheiding wel verminderd doch nooit geheel verdwenen.

Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menses 14 jaar, daarna geregeld om de

4 à 5 weken, duur is 6 dagen. Erg veel met „stukken", zeer pijnlijk.

Objectief onderzoek. Virgo. Uterus in anteflexie, normaal. Adnexa zijn eveneens normaal. Uitstrijkpraeparaat: Veel leucocyten, weinig epitheliën. Veel Gram-staafjes, enkele Doederlein-Stäbchen, Gr. + diplococcen en ander Gr. + coccen. Reinheidsgraad III.

Historia Morbi No. 8.

Juffr. S., 24, jaar.

Anamnese. Op 10-jarigen leeftijd behandeld voor afscheiding uit de genitaliën. Volgens de oude status voor vulvavoginitis gonorrhoica infantum.

Nog steeds last van witten vloed, die sedert haar huwelijk nog is toegenomen.

Huwelijk. Sedert 2½ jaar getrouwd. Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie op 13-jarigen leeftijd, daarna steeds geregeld, de eerste dagen voor en tijdens de menstruatie iets pijnlijk („steken"), overigens geheel normaal, duur 4 à 5 dagen. Matige afscheiding, dradentrekkend, geelwit van kleur, reactie zuur.

Uitstrijkpraeparaat: Doederlein-Stäbchen, Gram + coccen. Veel epitheliën weinig leucocyten. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 9.

Juffr. E. T.

Anamnese. Op 6-jarigen leeftijd gedurende ongeveer een jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna geen last meer gehad behalve de laatste maanden (patiënt is zwanger). Zij is sedert een jaar gehuwd. Nooit verder ziek geweest.

Huwelijk. Sedert 1 jaar gehuwd, is gravida menses obst. VIII. Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie op 15-jarigen leeftijd, daarna steeds geregeld en normaal en niet bijzonder pijnlijk.

Objectief onderzoek. Fundus uteri halverwege navel scrobiculum cordis. Uterus gravidus. Matige afscheiding. Reactie zuur. Uitstrijkpraeparaat. Veel epitheliën, geen leucocyten. Doederlein-Stäbchen zeer veel, geen coccen. R. I.

Historia Morbi No. 10.

Juffr. B., 19 jaar.

Anamnese. Op 14 jarigen leeftijd voor vaginale afscheiding behandeld (volgens de status vul. gonorrhoica). Daarna steeds

nog wat afscheiding tot op heden. Geen buikklachten.

Ongehuwd. Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 16 jaar. Daarna vrij ongeregeld, dikwijls een week te laat, duur 6 dagen, zeer veel „met stukken". Menses zijn pijnlijk.

Objectief onderzoek. Matige afscheiding „dradentrekkend". Reactie is sterk zuur. Uitstrijkpraeparaat. Veel Gram-fijne staafjes, enkele Doederlein-Stäbchen. Veel epitheliën, weinig leucocyten coccen, Gr. +. Reinheidsgraad II.

Uterus in anteflexie normaal, adnexa, geen afwijkingen. (Onderzoek per rectum.)

Historia Morbi No. 11.

Juffr. A. v. d. K.-B., 19 jaar.

Anamnese. Patiënte kreeg op haar 10e jaar last van witten vloed, werd 2 jaar achtereen behandeld, had daarna er weinig last meer van.

Huwelijk. Patiënt is sedert 8 maanden gehuwd, is thans 7 maanden gravida.

Geen kinderen, geen abortus.

Objectief onderzoek. Gravide uterus tot handbreed boven den navel, geen afwijkingen.

Matige afscheiding, „dradentrekkend", reactie zuur. Micr. onderzoek Epitheelcellen, zeer veed Gr.-staafjes en Doederlein-Stäbchen, enkele Gr. + coccen epitheelcellen, geen leucocyten. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 12.

Mej. v. L., 25 jaar.

Anamnese. Op haar 9e jaar behandeld voor witten vloed die reeds eenigen tijd bestond.

Na de behandeling weinig last er meer van gehad, geen buikklachten.

Huwelijk. Patiënt is 4 jaar gehuwd, heeft 3 gezonde kinderen, waaronder 2 meisjes die geen verschijnselen van vulvovaginitis vertoonden.

Patiënt is nu weer zwanger. Zwangerschap en baring waren steeds ongestoord.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar, daarna steeds geregeld en geheel normaal.

Objectief onderzoek. Gravida Menses VII, matige afscheiding, reactie sterk zuur. Geen afwijkingen aan de genitaliën. Micr. onderzoek. Gr.-staafjes en epitheliën. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 13.

Juffr. Sch., 14 jaar.

Anamnese. Op 3-jarigen leeftijd behandeld voor vieze afscheiding anderhalf jaar lang (volgens status vulvovaginitis gonorrhoica). Heeft steeds wat afscheiding gehad.

Huwelijk. Ongehuwd. Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Menstrueert nog niet.

Objectief onderzoek. Nog veel afscheiding „dradentrekkend". Virgo. Niet inwendig onderzocht. Micr. onderzoek van de fluor: Veel epitheelcellen. Gr. + en Gr.-staafjes, enkele Gr. + coccen, geen leucocyten. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 14.

Juffr. v. D., 17 jaar.

Anamnese. Op 5-jarigen leeftijd behandeld voor afscheiding uit de genitaliën (volgens status voor vulvovaginitis gonorrhoica). Daarna nog steeds een beetje last er van gehad. Op 6-jarigen leeftijd geopereerd voor blinde darmontsteking. Nog wel pijn in de onderbuik.

Huwelijk. Patiënt is ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 16 jaar. Daarna steeds geregeld, wel echter zeer pijnlijk, pijn begint 2 dagen voor het optreden van de menses reeds te komen, krampachtige pijnen „steken" in de onderbuik.

Objectief onderzoek. Virgo. Uterus en adnexa geen afwijkingen. Weinig afscheiding, deze is dradentrekkend. Micr. onderzoek: Gr. + staafjes, epitheliën, geen leucocyten, enkele andere micro-organismen (geen gonococcen). Reinheidsgr. I.

Historia Morbi No. 15.

Mej. L., oud 21 jaar.

Anamnese. Als kind van 3 jaar behandeld voor afscheiding uit de genitaliën. (Volgens status vulvovaginitis gonorrhoica).

Huwelijk. Ongehuwd. Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 17 jaar. Menstruatie daarna steeds geregeld, eerste dagen van en vlak voor de menstruatie pijnlijke krampen, echter niet zoo erg dat zij haar werk niet verrichten kan.

Objectief onderzoek. Virgo, veel afscheiding.

Uterus en adnexa geen afwijkingen. (Onderzoek per rectum.) Fluor is niet dradentrekkend.

Micr. onderzoek: Veel leucocyten, zeer enkele epitheelcellen. Veel groote Gr. + diplococcen. Veel andere Gr. + coccen, geen staafjes. Reinheidsgraad III.

Historia Morbi No. 16.

Mej. E. M., 23 jaar.

Anamnese. Als kind behandeld voor vulvovaginitis gonor-

rhoica. De vieze afscheiding bleek zeer hardnekkig en bleef voortduren ondanks behandeling in het W. G. en het B. G. en in het O. L. V. Gasthuis. Het kind maakte een buikvliesontsteking door (was daarvoor in het Wilhelmina-Gasthuis opgenomen) en ook voor een oogontsteking.

Huwelijk. Patiënt is sedert 4 jaren gehuwd, heeft geen kinderen, ook geen abortus gehad. Geen maatregelen genomen ter voorkoming van zwangerschap.

Menstruatie. Eerste menstruatie 11 jaar, daarna wel geregeld om de 4 weken doch zeer profuus en zeer pijnlijk. In haar huwelijk is dit nog erger geworden en de laatste maanden raakt zij ook tusschen 2 perioden in wat bloed kwijt.

Objectief onderzoek. Veel fluor albus „dradentrekkend", reactie zuur, veel leucocyten, veel Gram — staafjes, Gram + diplococcen en talrijke andere coccen en micro-organismen. Reinheidsgraad III.

Uterus in anteflexie, rechter ovarium is pijnlijk bij palpatie, rechter tuba id. is potlooddik.

Historia Morbi No. 17.

Mej. S.

Anamnese. Patiënt leed als kind aan vulvovaginitis gonorrhoica. Na de behandeling die pl.m. 1 jaar duurde had zij nog last van afscheiding die geleidelijk verminderde en in den laatsten tijd weer wat is toegenomen.

Huwelijk. Patiënt is ongehuwd. Geen kinderen en geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar, daarna steeds geregeld, onpijnlijk, duur 4 dagen.

Objectief onderzoek. Non est virgo. Uterus in anteflexie adnexa, geen afwijkingen. Praeparaat veel leucocyten en ook meerdere epitheelcellen. Veel micro-organismen waaronder geen Doederlein-Stäbchen. Reinheidsgraad III.

Historia Morbi No. 18.

Mej. M, 14 jaar.

Anamnese. Op 4-jarigen leeftijd behandeld voor witten vloed. Volgens status voor vulvovaginitis gonorrhoica. Ondanks de behandeling bleef de witte vloed profuus, verminderde eerst geleidelijk.

Als kind een operatie wegens appendicitis doorgemaakt.

Kind is ongehuwd, geen kinderen of abortus.

Menstruatie is nog niet opgetreden.

Niet inwendig onderzocht.

Matige afscheiding. Praeparaat bevat enkele epitheelcellen,

veel leucocyten slijmdraden, talrijke kleine Gram — staafjes en Gr. + diplococcen en staphylococcen en andere micro-organismen. Reinheidsgraad III.

Historia Morbi No. 19.
Mej. St. v. E., 23 jaar.
Anamnese. Op 9-jarigen leeftijd last van witten vloed, volgens de status vulvovaginitis gonorrhoica. Patiënt genas niet, ondanks 2-jarige behandeling bleef zij veel last houden van hinderlijke afscheiding.
Huwelijk. Sedert 3 jaren gehuwd, geen kinderen en geen abortus.
Menstruatie. Eerste menstruatie op 17-jarigen leeftijd, daarna wel geregeld doch zeer pijnlijk en langdurig (tot 8 dagen), raakt er „stukken" bij kwijt.
Objectief onderzoek. Uterus klein in scherpe anteflexie corpus uteri ook klein (t.o.z.v.d. cervix), adnexa geen afwijkingen. Matige afscheiding, niet dradentrekkend. Praeparaat bevat meerdere leucocyten, vrij veel epitheelcellen. Doederlein-Stäbchen en Gr. + diplococcen weinig en veel Gram — kleine coccen. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 20.
Mej. R., 22 jaar.
Anamnese. Als kind van 7 jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna steeds nog een beetje last van witten vloed gehad. In haar kinderjaren een appendic-ectomie ondergaan, overigens altijd goed gezond geweest.
Huwelijk. Patiënt is ongehuwd.
Menstruatie. Eerste menstruatie 12 jaar. Steeds geregeld pijn in de lendenen gedurende de eerste dagen, overigens geen klachten.
Objectief onderzoek. Uterus en adnexa geen afwijkingen. Tamelijk veel afscheiding, reactie zuur. Micr. onderzoek: Veel epitheliën, enkele leucocyten, veel Doederlein-Stäbchen, enkele coccen. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 21.
Mej. H. W., 23 jaar.
Anamnese. Op 10-jarigen leeftijd verpleegd voor buikvliesontsteking, had toen reeds veel last van vieze afscheiding. Volgens oude status is zij behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Na de behandeling is de afscheiding bijna geheel verdwenen.

Huwelijk. Patiënt is 5 jaar gehuwd. Geen kinderen, 1 abortus van 3½ maand. Oorzaak hiervoor onbekend.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar. Menses steeds ongeregeld en zeer pijnlijk en profuus. Nu eens om de 3 weken dan weer om de 4 weken, duurt veelal meer dan 8 dagen.

Objectief onderzoek. Uterus in beweeglijke retroflexie, is gemakkelijk in anteflexie te brengen, adnexa zijn normaal. Matige afscheiding, reactie zuur en dradentrekkend.

Micr. onderzoek: Veel epitheelcellen, geen leucocyten. Veel Doederlein-Stäbchen, enkele Gram — micrococcen, heel enkele Gr. + diplococcen. Reinheidsgraad I tot II.

Historia Morbi No. 22.

Mejuffr. G. M., 26 jaar.

Anamnese. Op 6-jarigen leeftijd in het Binnen Gasthuis verpleegd voor ontsteking aan de genitaliën (vulvovaginitis gonorrhoica volgens de status). Heeft daarna bijna geen afscheiding meer gehad. Was overigens steeds goed gezond.

Huwelijk. Patiënt is 5 jaar gehuwd. Heeft 2 kinderen, geen abortus.

Bevallingen verliepen geheel normaal, kraambed wés steeds ongestoord.

Een der kinderen is een meisje en heeft geen last van witten vloed, is volmaakt gezond.

Menstruatie. Eerste menstruatie 20 jaar. Menstruatie is steeds ongeregeld, zeer pijnlijk en profuus. Patiënt raakt stukken kwijt. Duur van de menstruatie 5 à 6 dagen.

Objectief onderzoek. Uterus in dextroversie, beide tubae potlooddik en iets pijnlijk bij palpatie. Matige afscheiding. Reactie zuur (zwak zuur). Micr. onderzoek: Veel leucocyten, geen staafjes, zeer veel Gram — kleine coccen, Gr. + coccen en andere micro-organismen. Reinheidsgraad III.

Historia Morbi No. 23.

Mej. H., 21 jaar.

Anamnese. Als kind van 1 jaar vulvovaginitis gonorrhoica gehad. Daarna steeds nog wat afscheiding en nu en dan pijn in de onderbuik.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar, daarna steeds ongeregeld en pijnlijk.

Objectief onderzoek. Non est virgo. Uterus in anteflexie, rechter tuba is potlooddik, goed voelbaar en pijnlijk bij palpatie.

Micr. onderzoek van het praeparaat: Veel epitheelcellen,

geen leucocyten, enkele D. staafjes, veel Gram — fijne staafjes, enkele Gr. — kleine coccen, Gram + coccen en andere micro-organismen. Reinheidsgraad II.

Reactie zuur, dradentrekkend is de matige vaginale afscheiding.

Historia Morbi No. 24. Mej. v. d. W. 25 jaar.

Anamnese. Als kind van 5 jaar 4 maanden verpleegd voor vulvovaginitis gonorrhoica (volgens oude status). Heeft daarna nooit geen last meer gehad van vieze afscheiding.

Patient voelde zich steeds goed gezond.

Huwelijk. Patient is sedert 2 jaren gehuwd. Geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 15 jaar. Daarna steeds geregeld, matig pijnlijk, niet profuus.

Objectief onderzoek. Uterus en adnexa geen afwijkingen. Matige afscheiding, reactie zuur, dradentrekkend.

Micr. Onderzoek. Veel epitheliën, geen leucocyten, enkele diplococcen. (Gram +) enkele staafjes (Gram —). Reinheidsstaat I.

Historia Morbi. No. 25.

Patient K. v. d. 22 jaar.

Anamnese. Als kind van 9 jaar gedurende 1½ jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Zij heeft daarna nog steeds last van witten vloed gehad.

Een jaar eerder is patient opgenomen geweest in het Binnen Gasthuis wegens misselijkheid, braken en pijn in de buik.

Huwelijk. Patient is 6 maanden gehuwd is 5 maanden gravida.

Menstruatie. Eerste menstruatie 12 jaar. Soms treden de menses te vroeg op, zijn zeer profuus, doch niet pijnlijk.

Objectief onderzoek. Uterus gravidus M. obst. V-VI, veel fluor albus.

Micr. onderzoek van het praeparaat. Veel epitheelcellen, enkele leucocyten, Doederlein-Stäbchen, enkele Gram + coccen en kleine Gram-coccen. Reinheidsstaat II.

Historia Morbi. No. 26.

Mej. J. J. oud 22 jaar.

Anamnese. Als kind van 4 jaar eerst in het Binnen Gasthuis daarna in Vrouwenkliniek behandeld, volgens de status voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna heeft zij steeds wat afschei-

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar. Daarna geregeld om de 4 weken, zeer pijnlijk, zoo erg dat patiënt de eerste dagen

van de menstruatie veelal te bed ligt, de menstruatie is steeds zeer profuus.

Objectief onderzoek. Matige fluor albus, dradentrekkend, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Gram + staafjes. (Doederlein-Stäbchen), veel epitheliën, geen leucocyten. Reinheidsgraad I.

Uterus en adnexa geen afwijkingen.

Historia Morbi. No. 27.

Mej. M. F. oud 23 jaar.

Anamnese. Op 7-jarigen leeftijd een jaar en drie maanden behandeld wegens vulvovaginitis gonorrhoica (volgens oude status). Heeft daarna nooit meer abnormalen uitvloed uit de genitaliën gehad.

Huwelijk. Patiënt is 3 jaar gehuwd, heeft een meisje van 2 jaar. Bevalling verliep zonder de minste stoornis evenals het kraambed. Meisje is goed gezond, heeft geen vulvovaginitis.

Na deze bevalling is patiënt niet meer zwanger geweest.

Objectief onderzoek. Veel afscheiding, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veel leucocyten, veel Gr. + coccen, geen staafjes. Reinheidsgraad III.

Uterus in retro-versio mobilis, advexa geen afwijking.

Historia Morbi. No. 28.

Mej. A. T. 22 jaar.

Anamnese. Op 2-jarige leeftijd behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica, hoelang zij behandeld werd is onbekend. Zij heeft na de behandeling geen last meer gehad van fluor albus.

Huwelijk. Patient is ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar. Daarna steeds geregeld, onpijnlijk, geheel normaal.

Objectief onderzoek. Virgo, uterus en enteflexia, adnexa normaal (onderzoek per rectum).

Weinig afscheiding, reactie zwak zuur, fluor is dradentrekkend.

Micr. onderzoek. Gram + staafjes veel eptheliën, geen leucocyten, enkele Gr. + coccen. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi. No. 29.

Mej. M. du C. Oud 15 jaar.

Aanamnese. Als kind van 7 jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica, hoe lang is niet bekend. Patient heeft echter steeds afscheiding gehouden.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar, daarna ongeregeld,

steeds te vroeg, wel eens om de 14 dagen. Menses zijn profuus en zeer pijnlijk. Na de menses gedurende 2 dagen bijzonder veel last van witte vloed.

Objectief onderzoek. Virgo. Vrij veel afscheiding, is dradentrekkend, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Enkele staafjes, weinig epitheliën, meer leucocyten, veel Gr. + diplococcen en andere coccen (bij de cultuurproeven werden speciaal staphylcoccen gevonden). Reinheidsgraad III.

Onderzoek per rectum uterus en anteflexie normaal adnexa waarschijnlijk eveneens geen afwijking, echter pijnlijk bij onderzoek.

Historia Morbi. No. 30.

Mej. Th. M. E. 23 jaar.

Anamnese. Op 7 jarigen leeftijd 1 jaar en 6 maanden behandeld in het Binnen Gasthuis voor afscheiding uit de genitaliën (volgens de status voor vulvovaginitis gonorrhoica). Patient heeft echter steeds last gehouden van witte vloed.

Huwelijk. Patient is ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar. Daarna steeds geregeld, licht pijnlijk en profuus.

Objectief onderzoek. Veel afscheiding, dradentrekkend, reactie zuur.

Micr. Onderzoek. Veel epitheliën, geen leucocyten. Doelein-Stäbchen. Reinheidsstaat I.

Inwendig onderzoek. Uterus en anteflexie, adnexa beiderzijds drukpijnlijk, tubae juist palpabel. Non est virgo.

Historia Morbi. No. 31.

Mej. L. Sch. oud 13 jaar.

Anamnese. Als kind van 2 jaar behandeld wegens vulvovaginitsi gonorrhoica. Daarna geen last meer gehad en altijd goed gezond geweest.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Menstruatie nog niet opgetreden.

Objectief onderzoek. Geen bijzonderheden, nagenoeg geen afscheiding, geen praeparaat gemaakt, niet inwending onderzocht.

Historia Morbi. No. 32.

Mej. Z. 18 jaar.

Anamnese. Als kind van 3 jaar in het Binnen Gasthuis be-

handeld voor vulvovaginitis gonorrhoica, daarna geen klachten meer.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste Menstruatie 14 jaar. Daarna steeds geregeld om de 4 weken, duur 4 à 5 dagen.

Objectief onderzoek. Virgo (?). Vulva ziet wat rood, ost. urethrae licht geirriteerd. Masturbatie (?). Uitstrijkpraeparaat veel leucocyten, weinig epitheliën. geen staafjes, veel coccen Gram +. Reinheidsstaat III.

Afscheiding is niet dradentrekkend, reactie neutraal.

Historia Morbi. No. 33.

Mej. Sl. 18 jaar.

Anamnese. Als kind van *2* jaar behandeld in het Kinderziekenhuis en in het Binnen Gasthuis voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna heeft zij nooit meer last gehad van witte vloed.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen en geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar. Daarna steeds geregeld en onpijnlijk.

Objectief onderzoek. Weinig afscheiding, dradentrekkend. reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veel Doederlein-Stäbchen, veel epitheliën, geen leucocyten, enkele Gram + coccen. Reinheidsstaat I.

Non est virgo. Uterus normaal in anteflexie, tubae verdikt ietwat pijnlijk bij palpatie.

Historia Morbi. No. 34.

Mej. T. oud 19 jaar.

Anamnese. Als meisje van 9 jaar behandeld voor afscheiding uit de genitaliën (volgens status vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna nog steeds last van witte vloed.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen en geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar. Daarna steeds geregeld en niet erg pijnlijk.

Objectief onderzoek. Weinig afscheiding, dradentrekkend, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veel Gram — staafjes en epitheelcellen. Reinheidstaat I. Non est Virgo Uterus en anteflexie adnexa normaal.

Historia Morbi. No. 35.

Mej. B. *22* jaar.

Anamnese. Patient is 18 jaar geleden gedurende een jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna nog steeds afscheiding.

Huwelijk. Patient is ongehuwd, geen kinderen of abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar, daarna steeds geregeld en normaal.

Objectief onderzoek. Weinig afscheiding, dradentrekkend, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Epitheelcellen talrijk, geen leucocyten, enkele staafjes en Gram + coccen. Reinheidsstaat I.

Non est virgo. Uterus en adnexa normaal.

Historia Morbi. No. 36.

Mej. E. R. 27 jaar.

Anamnese. Als kind van 5 jaar 32 weken behandeld wegens vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna steeds nog veel afscheiding.

Huwelijk. Sedert 4 jaar gehuwd. Een kindje van 3 jaar. Partus. Kind in volkomen stuitligging geboren. Kindje gezond. Geen abortus. Kraambed licht gestoord. Obstipatie. Okseltemperatuur tot 37,8° C. Geen aantoonbare afwijkingen.

Menstruatie. Eerste op 12-jarigen leeftijd. Daarna steeds geregeld en geheel normaal.

Objectie onderzoek. Veel afscheiding, niet dradentrekkend en reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veel leucocyten, enkele epitheelcellen, veel Gram + coccen. Reinheidsstaat III.

Bimanueel onderzoek door patient geweigerd.

Historia Morbi. No. 37.

Mej. K. 24 jaar.

Anamnese. Als kind van 9 jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna nog steeds last gehad van witte vloed. Geopereerd voor appendicitis.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen en geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 12 jaar. Daarna steeds geregeld, niet pijnlijk doch wel profuus.

Objectief onderzoek. Tamelijk veel afscheiding, dradentrekkend, reactie zwak zuur. Enkele epitheelcellen, meer leucocyten, enkele staafjes veel Gr. + diplococcen. Reinheidsstaat III.

Uterus en adnexa zonder afwijkingen.

Historia Morbi. No. 38.

Mej. A. 23 jaar.

Anamnese. Patient is 14 jaar geleden 9 weken verpleegd wegens vulvovaginitis gonorrhoica gepaard gaande met peritinistische verschijnselen.

Na de behandeling is de afscheiding veel verminderd echter nooit geheel verdwenen.

Huwelijk. Patient is sedert 2½ jaar gehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar, daarna vrij geregeld om de 4 weken nu en dan wat pijnlijk, doch steeds profuus.

Objectief onderzoek. Uterus en anteflexie. Beide tubae zijn potlooddik, ietwat drukpijnlijk.

Vrij veel afscheiding is muco-purulent, dradentrekkend reactie is zwak zuur (bijna neutraal).

Micr. onderzoek. Wat epitheliën, meer leucocyten, detritus. Veel micro-organen, geen staafjes. Reinheidsstaat III.

Historia Morbi. No. 39.

Mej. H. d. B. 18 jaar.

Anamnese. Patient is 12 jaar geleden enkele weken in het Wilh. Gasthuis verpleegd, daarna als loopend patientje behandeld op de polikliniek voor witte vloed. Deze is geleidelijk geheel verdwenen. Zij heeft geen klachten meer en voelt zich volmaakt gezond.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Objectief onderzoek. Uterus en anteflexie, adnexa geen afwijkingen. Matige afscheiding.

Fluor albus. Dradentrekkend, reactie zuur. Micr. onderzoek. Epitheelcellen, enkele leucocyten. Doederlein-Stäbchen en enkele Gram + coccen. Reinheidsstaat II.

Historia Morbi. No. 40.

Mej. C. 20 jaar.

Anamnese. Als kind van 4 jaar 1 jaar behandeld voor witte vloed, daarna is deze geleidelijk geheel verdwenen. Patient is overigens steeds gezond geweest.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 a 14 jaar, daarna steeds geregeld, zonder klachten, niet profuus.

Objectief onderzoek. Uterus in anteflexie, adn. normaal, (onderzoek per rectum virgo).

Fluor Albus. Weinig afscheiding, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Epytheliën, geen leucocyten, weinig Doederlein-Stäbchen, heel enkele Gr. + coccen. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 41.

Mej. Th. B. 25 jaar.

Anamnese. 21 jaar geleden is patient 2 jaar lang op de polikliniek behandeld voor witte vloed. (Volgens de status vulvovaginitis gonorrhiica) heeft er daarna nog last van gehad. Geleidelijk is de witte vloed echter minder geworden en de laatste jaren nog maar weinig last er van.

Huwelijk. Niet gehuwd, geen kinderen, geen abortus.
Menstruatie. Eerste mensturatie 14 jaar, daarna steeds geregeld om de maand, geen pijn er bij of bijzonder veel.
Objectief onderzoek. Genitaliën externa et interna, geheel normaal.
Fluor Albus. Weinig afscheiding, dradentrekkend en zuur van reactie.
Micr. onderzoek. Veel epitheliën, weinig leucocyten, veel Gr. + staafjes, enkele Gr. + coccen. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi. No. 42.
Mej. J. v. M. 19 jaar.
Anamnese. Patient is 12 jaar geleden gedurende ongeveer een jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Heeft steeds last gehouden van witte vloed. Voelde zich overigens goed gezond.
Huwelijk. Patient is gehuwd, geen kinderen, geen abortus.
Menstruatie. Eerste menstruatie 16 jaar, daarna geregeld om de 4 weken, echter zeer pijnlijk steeds en gepaard gaande met veel bloedverlies, er waren „stukken" bij.
Objectief onderzoek. Uterus en adnexa geen afwijkingen.
Fluor Albus. Vrij veel afscheiding, reactie zwak zuur (tot neutraal).
Micr. onderzoek. Enkele staafjes, epitheliën, veel leucocyten, veel Gr.+ coccen. Reinheidsgraad III.

Historia Morbi. No. 43.
Mej. J. v. d. K. 16 jaar.
Anamnese. 9 jaar geleden behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Daarna heeft zij zich, behoudens een lichte vaginale afscheiding, geheel gezond gevoeld.
Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.
Menstruatie. Eerste menstruatie 15 jaar. Daarna steeds ongeregeld, niet profuus, niet pijnlijk, meestal om 5 à 7 weken.
Objectief onderzoek. Uterus en adnexa geen afwijkingen, (virgo per rectum onderzocht).
Fluor Albus. Weinig afscheiding, dradentrekkend. Neutrale reactie. Micr. Weinig epitheliën en leucocyten, slijmdraden, enkele staafjes en Gr. + diplococcen. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 44.
Mej. K., 17 jaar.
Anamnese. Patiënt is 11 jaar geleden hier behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica, heeft nog altijd afscheiding.
Patiënt voelt zich altijd wat slap, is gauw moe.
Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 13 jaar. Daarna geregeld iedere maand, is echter zeer pijnlijk, verliest er zeer veel bloed bij, ook stukken.

Objectief onderzoek. Virgo, uitwendige genitaliën normaal, inwendig niet onderzocht.

Fluor Albus. Weinig afscheiding op het oogenblik van onderzoek, dradentrekkend, reactie zuur. Micr. onderzoek: veel epitheleen, enkele leucocyten, staafjes en enkele Gr. + coccen. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 45.

Mej. S. B., 14 jaar.

Anamnese. Patiënt is 12 jaren geleden behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica en oogontsteking. Zij heeft altijd wat last van witten vloed gehouden. Oogen zijn geheel genezen.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Patiënt menstrueert nog niet.

Objectief onderzoek. Virgo niet inwendig onderzocht, genitaliën externa normaal.

Fluor Albus. Matige afscheiding, dradentrekkend. Doederl.-Stäbchen, enkele Gr. + diplococcen, ook zeer kleine Gr. — coccen (geen gonococcen). Epitheliën en enkele leucocyten. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 46.

Mej. J. K., 17 jaar.

Anamnese. Als kind van 3 jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Zij heeft altijd veel last van witten vloed gehouden. Voelt zich dikwijls niet goed.

Moeder is in behandeling voor lues.

Huwelijk. Patiënt is ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 16 jaar. Daarna steeds geregeld, licht pijnlijk en niet profuus.

Objectief onderzoek. Aan de genitaliën externa geen afwijkingen te constateeren. Niet inwendig onderzocht. Virgo.

Fluor Albus. Vrij veel afscheiding mucopurulent, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Weinig epitheliën, meer leucocyten, geen staafjes, veel coccen (Gram +). Reinheidsgraad III.

Historia Morbi No. 47.

Mej. J. W., 18 jaar.

Anamnese. Op 1-jarigen leeftijd voor vulvovaginitis gonor-

rhoica behandeld, daarna weinig last meer van witten vloed. Patiënt voelt zich goed gezond.

Huwelijk. Is ongehuwd, geen kinderen of abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar. Daarna geregeld doch zeer pijnlijk en met vrij veel bloedverlies („stukken") gepaard gaande.

Objectief onderzoek. Virgo. Niet inwendig onderzocht. Genitalia externa normaal.

Fluor Albus. Vrij veel afscheiding, mucopurulent. Reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veel epitheelcellen, enkele leucocyten, veel Gram + staafjes, enkele Gram + coccen. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 48.

Mej. M. D., 17 jaar.

Anamnese. Als kind behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica, was toen pl.m. 2 jaar. Heeft daarna slechts weinig last er van gehad.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 15 jaar. Deze duurde slechts 1 dag, daarna zeer ongeregeld om de 3 à 4 maanden soms en heel weinig.

Objectief onderzoek. Virgo. Niet bimanueel onderzocht. Genitalia externa geen afwijkingen.

Fluor Albus. Weinig afscheiding, slijmerig, reactie zuur. Veel epitheliën, slijmdraden, enkele Gr. + coccen, meerdere staafjes, geen leucocyten. Reinheidsgraad I.

Historia Morbi No. 49.

Mej. A., 15 jaar.

Anamnese. Patiënt is op 5-jarigen leeftijd opgenomen in het B. G., daar een half jaar behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica en daarna hersteld ontslagen. Heeft echter altijd nog last van witten vloed gehad.

Huwelijk. Ongehuwd, geen kinderen, geen abortus.

Menstruatie. Eerste menstruatie 14 jaar. Daarna geregeld weinig pijnlijk, doch zeer profuus.

Objectief onderzoek. Virgo niet inwendig onderzocht. Genitalia externa normaal.

Fluor Albus. Matige afscheiding, epitheliën, leucocyten, weinig staafjes, Gr. + coccen. Reinheidsgraad II.

Historia Morbi No. 50.

Mej. E. de W., 20 jaar.

Anamnese. Als kind van 4 jaar is patient in het Binnen Gast-

huis behandeld voor vulvovaginitis gonorrhoica. Heeft daarna nog steeds last van witten vloed gehad.

Huwelijk. Patiënt is sedert een jaar gehuwd, heeft een kind van 5 maanden (meisje). Dit is goed gezond, heeft geen oogontsteking gehad, noch vulvovaginitis. Bevalling verliep normaal.

Menstruatie. Eerste menstruatie op 16-jarigen leeftijd, was steeds geregeld doch zeer pijnlijk, niet profuus.

Bimanueel onderzoek . Uterus zeer klein in anteflexie, adnexa geen afwijkingen.

Matige afscheiding, mucopurulent, reactie zuur.

Micr. onderzoek. Veel epitheelcellen, enkele leucocyten, staafjes en kleine Gram — coccen, enkele Gram + deplococcen. Reinheidsgraad II.

H.M.[1])	E.M.	G.M.	Ong. M	BIJZONDERHEDEN	FLUOR R.	FLUOR V.	FLUOR M.	FLUOR W.	H.M.	HUWELIJK Geh.	HUWELIJK H.J.	HUWELIJK K.	HUWELIJK Gr.M.	Abortus	BIJZONDERHEDEN
1	14	—	×	Geen.	II	×	—	—	1	×	4 j.	1	—	1	1 Tubae potlooddik, onpijnlijk bij palpatie, na het eerste kind niet meer zwanger kunnen worden.
2	16	—	×	„	I	×	—	—	2	×	4 j.	2	—	0	2 Geen.
3	15	—	×	„	II	×	—	—	3	×	4 j.	1	—	0	3 Geen.
4	17	×	—	Profus en pijnlijk.	III	×	—	—	4	—	—	0	—	0	4 L tuba is verdikt, Uterus in retroversio flexio fixata.
5	Menstrueert nog niet is 13 jaar oud.				I	×	—	—	5	—	—	0	—	0	5 Niet inwendig onderzocht.
6	14	—	×	Geen.	II	—	—	×	6	—	—	0	—	0	6 Geen bijzonderheden
7	14	×	—	Profuus + zeer pijnlijk.	III	×	—	—	7	—	—	0	—	0	7 „ „
8	13	×	—	Licht pijnlijk.	II	×	—	—	8	×	2½	0	—	0	8 „ „
9	15	—	×	Geen.	I	—	×	—	9	×	1	0	G.M. 8	0	9 „ „
10	16	×	—	Profuus + pijnlijk.	II	—	×	—	10	—	0	0	—	0	10 „ „
11	16	—	×	Geen.	I	—	—	×	11	×	1 j.	0	G.M. 7	0	11 „ „
12	14	—	×	„	I	—	×	—	12	×	4 j.	3	G.M. 7	0	12 „ „
13	Menstrueert nog niet is 14 jaar oud.				I	—	×	—	13	—	—	—	—	0	13 Niet inwendig onderzocht.
14	16	×	—	Pijnlijk.	I	—	×	—	14	—	—	—	—	0	14 Op 6 jarige leeftijd voor appendicitis geopereerd.
15	17	—	×	Geen.	III	×	—	—	15	—	—	—	—	0	15 Geen bijzonderheden.
16	11	×	—	Profuus + zeer pijnlijk.	III	—	×	—	16	×	3 j.	0	—	0	16 Oogontsteking en buikvliesontsteking als kind gehad. L tuba is verdikt adnexa pijnlijk bij onderzoek.
17	13	×	—	Pijnlijk.	III	—	×	—	17	—	—	—	—	0	17 Geen bijzonderheden.
18	Menstrueert nog niet is 14 jaar oud.				III	—	×	—	18	—	—	—	—	0	18 Niet inwendig onderzocht.
19	17	×	—	Profuus + zeer pijnlijk.	II	×	—	—	19	×	3 j.	0	—	0	19 Uterus klein in scherpeanteflexie.
20	12	×	—	„ + „ „	II	×	—	—	20	—	—	—	—	0	20 Geen bijzonderheden. Voor appendicitis in haar kinderjaren geopereerd.
21	13	×	—	Zeer pijnlijk.	I	×	—	—	21	×	5 j.	0	—	1	21 Geen bijzonderheden.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]										

24	15	X	—	Licht „	I	—	—	X	24	X	2 j.	—	—	0	24	Geen bijzonderheden.
25	12	X	—	Profuus.	II	—	X	—	25	X	1 j.	—	M. 5	0	25	„ „
26	13	X	—	Profuus + zeer pijnlijk.	I	—	X	—	26	—	—	—	—	0	26	Adnexitis chronica.
27	14	X	—	Zeer pijnlijk.	III	X	—	—	27	X	3	1	—	0	27	Uterus in retroflexio mobilis.
28	14	—	X	Geen.	I	—	—	X	28	—	—	—	—	0	28	Geen bijzonderheid.
29	14	X	—	Zeer pijnlijk.	III	X	—	—	29	—	—	—	—	0	29	Adnexa pijnlijk bij palpatie zonder dat voelbare afwijkingen aanwezig zijn.
30	15	X	—	Profuus.	I	X	—	—	30	—	—	—	—	0	30	Adnexa verdikt en drukpijnlijk.
31	Kind van 13 jaar menstrueert nog niet.				I	—	—	X	31	—	—	—	—	0	31	Niet inwendig onderzocht.
32	14	—	X	Geen.	III	—	—	X	32	—	—	—	—	0	32	„
33	14	—	X	„	I	—	—	X	33	—	—	—	—	0	33	Beide adnexa pinkdik en druk gevoelig.
34	13	—	X	„	I	—	—	X	34	—	—	—	—	0	34	Vage onderbuiksklachten zonder dat palpatonische afwijkingen aanwezig zijn.
35	14	—	X	„	I	—	—	—	35	—	—	—	—	0	35	Geen bijzonderheden.
36	12	—	X	„	III	X	—	—	36	X	4 j.	1	—	0	36	Kraambed gestoord (licht gestoord hoogste temperatuur 37.8° C. oksel.)
37	12	—	X	„	III	—	X	—	37	—	—	—	—	0	37	Vage buikklachten als kind voor appendicitis geopereerd.
38	14	X	—	Profuus.	III	—	X	X	38	X	4 j.	0	—	0	38	Peritonitis gehad als kind, adnexa beiderzijds potlooddik en pijnlijk.
39	14	X	—	Oligomenorrhve.	II	—	—	X	39	—	—	—	—		39	Geen bijzonderheden.
40	13	—	X	Geen.	I	—	—	X	40	—	—	—	—		40	„ „
41	14	—	X	—	I	—	—	X	41	—	—	—	—	0	41	„ „
42	16	X	—	Profuus + zeer pijnlijk.	III	X	—	—	42	—	—	—	—	0	42	„ „
43	15	X	—	Ongeregeld.	II	—	—	X	43	—	—	—	—	0	43	„ „
44	13	X	—	Zeer profuus en pijnlijk.	II	X	—	—	44	—	—	—	—	0	44	Niet inwendig onderzocht.
45	Menstrueert nog niet is 15 jaar oud.				II	—	X	—	45	—	—	—	—	0	45	„ „ „ Als kind oogontsteking gehad.
46	16	X	—	Licht pijnlijk.	III	X	—	—	46	—	—	—	—	0	46	Niet inwendig onderzocht. Lues congenita.
47	17	X	—	Profuus + zeer pijnlijk.	I	—	X	—	47	—	—	—	—	0	47	Niet inwendig Onderzocht.
48	16	X	—	Ongeregeld + weinig.	I	—	—	X	48	—	—	—	—	0	48	„ „ „
49	13	X	—	Profus.	II	—	X	—	49	—	—	—	—	0	49	„ „ „
50	16	X	—	Zeer pijnlijk.	III	—	X	—	50	X	1 j.	1	—	0	50	Kleine uterus in scherpe anteflexie.

[1]) H.M. = Historia Morbi
E.M. = Eerste Menstruatie
G.M. = Gestoorde Menstruatie

R. = Reinheidsgraad
V. = Veel M. = Matig W. = Weinig
Geh. = Gehuwd

H.J. = Aantal huwelijks jaren
K. = Aantal Kinderen
Gr. M. = Gravida Menses

Litteratuur

Asch, Munch. Med. Woch.schrift 1922, No. 35.

Atkinson, Report of 6 cases of contagious in shildren, American Journ. Med. Scienec Ref. Virchow-Hirsch Jahresbericht 1878. (Shutsch Inary Diss., Jena 1891.)

Bandler, Med. Record, Maart 1903. Some observations on v. v. in children.

Bajinsky, Presse médic. 1896.
„ Arch. für Kinderheilkunde 1903, blz. 169.

Barnett, The Journ. of the Am. M. Association 1913, blz. 1570.

Baer, Surgery, Gynecol. and Obstetrics, Jan. 1923, blz. 123.

Burke, Journ. of the Am. M. Association 1917, No. 13.

Bucura, Wiener Med. Woch.schr. 1922, No. 32.

Blumenthal, Diss., Freiburg i. Br. 1921.

Boshouwers, Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1908, I, p. 28.

Bendix, Lehrbuch der Kinderheilkunde 1910.

Berggrün, Arch. f. Kinderh., Bd. 15, p. 321, 1893.

Bock, H., Diss. Breslau 1918.

Busche, Therapie der Gegenwart 1902, p. 119.

Birger Selim, Arch. f. Derm. u. Syph. 1911, CVI.

Broes v. Dort, Ned. Tijdschr. v. Gen. 1891, I, blz. 291.

Bruin, de, Haemorrhagiën bij vulvovaginitis van kleine meisjes. N. Tijdschr. v. Gen. 1897, pag. 958 I.

Buschke, Die therapie der Gegenwart, März 1702. Ref. Zentr. bl. f. Kinderheilkunde 1902, pag. 164. Uber v. v. infantum.

Cahen Brach, Deutsche Med. Woch. 1892, No. 32.

Cherry, Journ. of the Am. med. Association 1921.

Cole, The Oxford Med. Publications 1915.

Comby, Gaz. des Hopitaux 1901, No. 61.

Dind, Revue Med. de la Suisse romande 1994, p. 438. Cit. Lebedeff l.c.

Döhler, Wiener Kl. Woch.schr., Maart 1921.

Dowd, Med. Rec. 1921, p. 897. Infection from a bath. tub.

Duken, J., Munch. Med. Wochenschr., Oct. 1920, p. 1172. Vulvovaginitis.

Deicher, Der jetzige stand der Therapie der Weiblichen Gonorrhoe. Inaug. Diss., Freiburg i. Br. 1921.

Dufaux, Münch. Med. Woch. 1915, No. 39.

Dusch, Uber Infections Kolpitis beid kleinen Mädchen Deutsche Med. Woch.schr. No. 41, p. 831, 1889.

Epstein, Arch. f. Derm. und Syph. 1892, 42, p. 3

Faby, Deutsche Med. Woch.schr. 1883.

Fischer, Über Kindergonorrhoe. Deutsche Med. Wochenschr. 1895, No. 51.

Flügel, Uber Rektalgonorrhoe bei Vuv. inf. Berl. Kl. W. 1905.

Fränkel, Virchows Arch., Bd. 99, H 2, p. 251.

Gauss, C. J., Zentr. für Gynäkologie 1922, No. 24.

Gaujoux, E., Arch. Mensuelles D'Obstetrique et de Gynécologie.

Goedhart, Ned. Tijdschrift v. Gen. 1911, pag. 1117.

Gilles, Sterility in women. 1919.

Gellhorn, Silvernitrate in treatment of Vulvovag. inf. Journ. of the Am. Ass. 1920, p. 1647.

Geber, Uber die Behandlung der Kindliche Vulvovag. Wiener Kl. Wochenschr. 1917.

Gorter, Leerboek v. d. Hoeven, Pathoogie van den pasgeborene.

Heiman, Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 34, H 2.

Herderschee, D., School en besmettelijke ziekten. Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde 1910, pag. 293, bd. I.

Heijermans, L., Rapport aan B. en W. van Amsterdam v. d. voorzitter der Commissie in zake bestrijding der geslachtsziekten 1922 en Verslag van den G. G. D. 1921.

Herrold, Journ. Am. Med. Ass. 1920.

Israel, Jahrb. für Kinderh. No. 25, 1886, p. 157. Uber Vulvovag. infantum.

Jung, J., Zentralblatt für Gynaekologie 1904, No. 33. Uber die Beteiligung des Endometriums an der gonorrhoischen Vulvovag der Kinder, 1 pag. 991.

Kjellberg, Gerda, Acta Dermato-Venereologica, Nov. 1921, blz. 293 en April 1922, blz. 473. Examens ulterieurs de la Vulvovaginite blennoragique.

Koplick, Urogenitalblenorrhoea in chidren. Med. Record N. 9, 1893, p. 504.

Kyaw, Deutsch Med. Woch. 1922, No. 27. (Thernopenetration bei werbl. gonorrhoe).

Knoop, J., Diss. Amsterdam 1919.

Kouwer, Ned. Tijdschr. v. Gen. 1911, blz. 1242.

Lade, Deutsche Med. Woch.schr. 1919, No.26. Fiebertherapie bei Kinderlicher Gonorrhoe.

Lauter, Rektalbefunde bei Kindlicher Gonorrhoe. Deutsche Med. Wochenschrift 1922, No. 28, pag. 1285.

Loeb, Maria, Inang. Diss. Freiburg i. Br. Einfall von aszendierder Gonorrhoe bei einem 5½-jährigen Mädchen. Ref. Zentrallbl. für Gynakologie, 1923, No. 27.

Loeser, Zentr. für Gyn. 1922, pag. 1825.

Loven, Ref. Zentr. f. Gynakologie 1887, p. 167.

Liepmann, Handb. der gesamt. Frauenheilkunde Vulvovaginitis gonorrhoica.

Liebe, Deutsche Med. Wochenschrift, Dec. 1921. Hautschädigung bei Neugeborenen durch Gonokokken.

Lorents, F., Münch. Med. Wochenschrift. Dec. 1922, p. 1695.

Lockyer, Edward, The New System Gynaecologie Vulvovaginitis in Children, pag. 387.

Marcuse, Der Eheliche Präventiv verkehr. Stuttgart 1917.

Mattisohn, Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica. Arch. f. Dermatologie und Syphilis. 1913, p. 817.

Meister, Amer. Journ. obst. New-York 1910, pag. 540, b. 61.

Morris, Ref. Zentr. f. Gynakologie 1879, p. 367.

Mendes de Leon, Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1907, 2e helft, No. 23, p. 1526. Bijdrage tot de actrologie en de pathogenese der Vulvov. infant.

Mendes da Costa, Leerboek der Venerische Ziekten, pag. 540.

Mucha, Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulv. infantum. Wiener Med. Wochenschrift.

Meijer, Schweiz. Med. Wochenschr. 1921, No. 1. Ref. Zentr. f. Gynak. No. 32, 1922.

Neisser, Virchows Arch. BXLIX 1885. Deutsche Med. Wochenschrift 1882, No. 20.

Nevermann, Münch. Med. Wochenschr. 1922, No. 4.

Nolen, Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1898, 22 Jan., blz. 114. De gonorrhoe bij jonge meisjes.

Notthaft, v., Zur modernen med. therapie der atenten gonorrhoe. Münch. Med. Wochenschr. 1915, No. 30.

Norris, Arch. Pediatr. 39, blz. 281, Mei 1922.

Nagelschmidt, Lehrbuch der Diathermie. Berlin, Julius Springer.

Oswald, Beitrag zur Autovacinbehandlung bei der Gonorrhoe. Inang Diss., Tüebingen 1922.

Polak, Osborn Gynecological and obstetricals monographs 1921.

Pott, Zur Aetrologie der Vulvovaginitis im Kinderalter. Zweiter Congress der Deutsche Ges. f. Genakologie, 1888.

Paine, Boston M. en S. J., blz. 185, 22 Dec. 1921.

Pataschke, Deutsche Med. Wochenschr., blz. 47, Jan. 1921.

Petterson, Deutsche Med. Wochenschr. 1920.

Rose, Zentr. f. G. 1897, pag. 120.

Rooy, van, Ned. Tijdschr., tweede helft No. 9. Rede Congres te Gent 1921.

Rinkes Huygen de Raat, Diss. Amsterdam 1919.

Robin, Traitement des Maladies de Femmes, pag. 416.

Schroeder, Zentr. f. Gynakologie 1921.

Slingenberg Bodo, Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaekologie 1912, pag. 229 en Ned. Maandschr. v. Verlosk en Gyn. 1912, pag. 236.

Schulz, Arch. f. Kinderheilk. 1919, pag. 426.

Skutsch, Über eine Epidemie von Vulvovaginitis. Inang. Diss. 1891, Jena.

Späth, Münch. Med. Wochenschr. 1888, No. 22.

Stein, Clinical investigations of Vulvovaginitis. Surg. Gyn. and Obstetics, Jan. 1923, pag. 36.

Sonnen, Dissert. Amsterdam 1906.

Tansard, Presse Med. 1923, No. 4.

Treub, Leerboek der Gynaecologie.

Troumaras, Jahrb. f. Kinderheilkunde, p. 156, Oct. 1921.

Trouasarello, La Riforma Medica. Ref. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde (Melkinjecties bij vrouwelijke gonorrhoe).

Valentine, Deutsche Med. Wochenschr. 1921, p. 594 en p. 628. (Unters. bei Kindl. Gonorrhoe und Ursachen der recictive bei Kindlicher Gonorrhoe.)

Velde, v. d., Specifieke therapie en diagnostiek van de chronische gonorrhoe, Ned. Tijdschr. v. Verloskunde en Gynae-

Wolffenstein, Uber die häufigheit der Rektal gonorrhoe bei der Kindl. Vulv. Archiv. f. Dermatalogie u. Syphilis. 1914.

Welander, Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892.

Wynkoop, J., New-York State Med. Journ. 1922. Gonococcen Vulvovaginitis in Children.

STELLINGEN

I

Een meisje dat als kind lijdt aan vulvovaginitis gonorrhoica heeft anderhalf maal meer kans dan een ander kind om later kinderloos te blijven en tweemaal meer kans om te lijden aan menstruatie-stoornissen.

II

De reactie van Fahraeus is voor de praktijk van meer belang dan de zwangerschapsreactie van Abderhalden.

III

Bij de behandeling van diaphyse-fracturen van de tibia passe men het gipsspalkverband van Delbet toe.

IV

Ten onrechte vermeldt de Ned. Pharmacopoea geen maximaaldosis voor Nitras Bismithicus basicus.

V

Bloed van een lijder aan vlektyphus is den 14en dag, nadat de patient koortsvrij is geworden, niet meer besmettelijk.

VI

Het sterk zuur-afscheidend vermogen der vaginale staafjes van Doederlein is een belangrijke factor voor de z.g. „Selbstreinigung der Scheide".

VII

Bij blijvende glasvochttroebelingen na reeds lang tot rust gekomen iridocyclitis of traumatische glasvochtbloeding, mag men glasvochtopzuiging volgens Zur Nedden beproeven.

VIII

In de wijze waarop het gebied van een eventueele stoornis in de pijn- resp. temperatuurwaarneming, zich naar caudaal of craniaal uitbreidt, heeft men een diagnostisch hulpmiddel om vast te stellen of een ruggemergsletsel intra- resp. extramedullair gelegen is.

IX

Bij placenta praevia centralis wachte men niet met ingrijpen tot een hevige bloeding de patient in levensgevaar brengt, doch verrichte zoo spoedig mogelijk de supra-symphysaire sectio caesarea.

X

Het essentieele der operatie voor prolapsus uteri et vaginalis, is niet de vernauwing der vagina (d.w.z. het inkorten der vaginaalwanden door afpraepareeren der voorste en achterste slijmvlieslappen en de plastiek der introitus vulvae) doch het radicaal opheffen der cystocele en het herstellen van den musculeuzen bekkenbodem.